

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR
PIERRE ROBERGE

ÉVALUATION DE L'EFFET D'UN TRAITEMENT PSYCHOÉDUCATIF CHEZ
DES MILITAIRES SOUFFRANT DE BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL

FÉVRIER 2018

Sommaire

La participation des Forces armées canadiennes en Afghanistan au sein de l'OTAN a augmenté la prévalence de troubles de santé mentale chez les militaires qui y ont été déployés. L'état de stress post-traumatique (ESPT) est le problème le plus spécifique au déploiement en zone de guerre, et le terme « blessure de stress opérationnel » (BSO) est utilisé pour décrire les différentes entités symptomatologiques persistantes reliées au déploiement en zone de guerre. Afin de répondre plus efficacement à l'importante demande de soins découlant des opérations militaires en Afghanistan, un groupe de psychoéducation sur la blessure de stress opérationnel (GBSO) a été développé sur la base militaire de Valcartier comme première phase d'intervention auprès des militaires référés au programme de soutien pour trauma et stress opérationnel (PSTSO). Le GBSO n'avait jamais fait l'objet d'une évaluation formelle. De plus, en dépit de la fréquence de son utilisation et de son efficacité démontrée par l'expérience clinique, peu de recherches empiriques existent sur l'effet de la psychoéducation sur la symptomatologie relative à l'ESPT. Le présent projet vise à connaître, d'un point de vue quantitatif et qualitatif, les effets d'un traitement de psychoéducation offert à un groupe de militaires actifs présentant une symptomatologie en lien avec le déploiement en zone de guerre. Plus précisément, le premier objectif de cette recherche vise à mesurer l'effet du GBSO sur les symptômes de stress post-traumatique ainsi que sur la qualité de vie générale, y compris une variété de symptômes associés à de la détresse psychologique et à des difficultés dans les relations interpersonnelles et dans les rôles sociaux. Le deuxième objectif est d'explorer l'expérience subjective des participants quant à leur trajectoire

vers le GBSO et à leur participation à celui-ci, afin de saisir les changements dans leurs symptômes. Cet objectif vise également à compléter le premier objectif en tentant de voir si, au-delà des changements quantitatifs sur le plan des symptômes, il y a aussi des changements dans la perception qu'ont les participants de leurs symptômes, de la BSO et d'eux-mêmes. Un troisième et dernier objectif vise à connaître les difficultés vécues par les participants au GBSO ainsi que leur appréciation de ce dernier afin de dégager des recommandations visant à améliorer ce programme. Pour ce faire, 91 militaires de retour d'Afghanistan et référés au GBSO ont rempli en pré et post-traitement les versions françaises de l'échelle Posttraumatic Stress Disorder Checklist version militaire (PCL-M) ainsi que de l'Outcome Questionnaire (OQ-45.2). Les résultats obtenus en prétest et en post-test pour chacun des domaines mesurés par les outils psychométriques ont d'abord fait l'objet d'analyses faisant appel à des ANOVA à mesures répétées afin de connaître l'incidence du traitement sur l'ensemble des participants. Ensuite, les résultats obtenus en prétest et en post-test ont été analysés à la lumière des seuils cliniques reconnus pour les outils psychométriques utilisés afin de déceler une amélioration ou une détérioration des symptômes ou encore une absence de changement cliniquement significatif chez chacun des participants. Une entrevue semi-dirigée a également été menée après le GBSO auprès de six participants afin de répondre au volet qualitatif de la recherche. Les données recueillies lors de cette entrevue ont fait l'objet d'une analyse inductive générale comme méthode d'analyse des données qualitatives afin de répondre aux deuxième et troisième objectifs de cette recherche. Les résultats de la présente étude permettent de répondre aux trois objectifs de l'étude. Ils révèlent que la

psychoéducation peut être associée à une amélioration significative de la symptomatologie et de la qualité de vie des participants. Les symptômes associés à l'évitement et à l'émoussement se sont avérés être persistants aux effets du GBSO. L'hypothèse qu'une connaissance accrue des symptômes par les participants pouvait avoir un effet sur les résultats en post-test a été émise, celle-ci étant appuyée par le volet qualitatif de cette étude. Le volet qualitatif a permis de compléter les résultats quantitatifs pour offrir une vision plus vaste des effets du GBSO en mettant l'accent sur l'expérience des participants. Ainsi, cette étude a mis en relief que le GBSO permet aux participants de reconnaître leur condition et ses répercussions et d'en avoir une perception plus juste, qui autrement, est souvent limitée par des mécanismes de minimisation. La culture militaire et ses valeurs liées à l'hypermasculinité joueraient un rôle dans ces mécanismes. De plus, cette étude a révélé qu'une perception plus juste de leur condition favorise, chez les militaires en consultation, un passage à l'action pour intervenir sur leurs difficultés ainsi qu'une diminution des préjugés associés à leur condition. Ces résultats renforcent la pertinence de l'utilisation d'une intervention psychoéducative telle que le GBSO auprès d'une population militaire active en consultation. Enfin, certaines suggestions sont ressorties des commentaires recueillis auprès des participants à la suite de cette étude et permettront d'améliorer le GBSO.

Mots-clés : blessure de stress opérationnel, traumatisme, déploiement, guerre, Afghanistan, ESPT, psychoéducation, préjugés, culture militaire.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des acronymes.....	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	6
Les Forces armées canadiennes et l'expérience de déploiement.....	7
L'effet du déploiement sur la santé mentale des militaires	15
Les obstacles et défis liés à la demande de consultation chez les militaires	19
Les services de santé mentale pré et postdéploiement.....	23
Les services de santé mentale dans les FAC	24
Réalité clinique des services de santé à la BFC Valcartier et contexte de mise en œuvre du GBSO.....	25
Le Groupe sur la blessure de stress opérationnel.....	30
La psychoéducation dans le traitement de l'ESPT	33
Mode d'utilisation de la psychoéducation	36
Recherche empirique sur la psychoéducation.....	38
Objectifs de recherche	45
Méthode	47
Devis de recherche.....	48
Déroulement de l'étude.....	52
Participants	54

Instruments de mesure	56
L'Outcome Questionnaire (OQ-45.2).....	57
L'échelle de l'état de stress post-traumatique version militaire, ou <i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Military version</i> (PCL-M)	59
Canevas d'entrevue individuelle.....	61
Méthode d'analyse des données	62
Données quantitatives.....	62
Données qualitatives.....	63
Considérations éthiques	65
Résultats.....	67
Présentation des données descriptives des participants	68
Données descriptives des participants selon la PCL-M.....	69
Données descriptives des participants selon l'OQ-45.2	70
Présentation des résultats aux analyses quantitatives	71
Analyse de variance à mesures répétées à la PCL-M.....	72
Analyse de variance à mesures répétées à l'Outcome Questionnaire (OQ-45.2).....	75
Analyses individuelles des résultats en fonction de l'utilisation des résultats seuils indicateurs de changement clinique.....	77
Présentation des résultats aux analyses qualitatives	81
Première catégorie principale : A) Manifestations de la blessure de stress opérationnel (BSO) chez les participants	85
Deuxième catégorie principale : B) Facteurs nuisibles à l'intervention sur le problème par la consultation en santé mentale	89
Troisième catégorie principale : C) Facteurs impliqués dans la motivation à consulter.....	98

Quatrième catégorie principale : D) Expérience vécue durant la participation au GBSO.....	100
Cinquième catégorie principale : E) État après la participation au GBSO.....	114
Sixième catégorie principale : F) Appréciation du GBSO par les participants	120
Septième catégorie principale : G) Recommandations des participants en ce qui a trait aux difficultés ou aux insatisfactions vécues dans le GBSO	124
Discussion.....	129
Interprétation des résultats en lien avec les objectifs de l'étude.....	130
Caractéristiques cliniques des participants	131
Premier objectif : mesurer l'effet du GBSO sur la symptomatologie	132
Deuxième objectif : explorer l'expérience subjective des participants quant à leur cheminement vers le GBSO et à leur participation à celui-ci.....	143
Troisième objectif : connaître les difficultés vécues par les participants au GBSO ainsi que leur appréciation du GBSO afin d'obtenir des recommandations visant à améliorer ce programme	160
Forces et limites de l'étude	168
Forces de l'étude.....	168
Limites de l'étude	172
Retombées possibles et pistes de recherche futures	176
Retombées de la recherche	176
Pistes de recherche futures.....	178
Conclusion	181
Références.....	186
Appendice A. Formulaire d'information et de consentement, version entretien.....	201
Appendice B. Formulaire de consentement et d'information, version résultats aux questionnaires	206

Appendice C. L'Outcome Questionnaire – (OQ-45.2).....	211
Appendice D. La <i>Posttraumatic Stress Disorder checklist</i> version militaire (PCL-M)	213
Appendice E. Questionnaire d'entrevue semi-structurée	215
Appendice F. Arbre thématique.....	218

Liste des tableaux

Tableau 1. Nombre (n) et pourcentage de participants répondant aux critères de seuils cliniques en fonction des outils psychométriques utilisés	69
Tableau 2. Analyse de variance à mesures répétées – PCL-M.....	73
Tableau 3. Analyse de variance à mesures répétées – OQ-45.2	75
Tableau 4. Résultats individuels en fonction des seuils cliniques pour les tests utilisés.	79
Tableau 5. Portrait global des résultats – Grille de catégorisation	83
Tableau 6. Grande catégorie : 1. Présence de symptômes liés à la BSO.....	85
Tableau 7. Grande catégorie : 2. Stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO.....	86
Tableau 8. Grande catégorie : 3. Répercussions des manifestations de la BSO.....	88
Tableau 9. Catégorie principale : B. Facteurs nuisibles à l'intervention sur le problème par la consultation en santé mentale	90
Tableau 10. Catégorie principale : C. Facteurs impliqués dans la motivation à consulter	98
Tableau 11. Grande catégorie : 1. Expérience vécue sur le plan cognitif.....	101
Tableau 12. Grande catégorie : 2. Expérience vécue sur le plan émotionnel	107
Tableau 13. Catégorie principale : E. État après la participation au GBSO	115
Tableau 14. Catégorie principale : F. Appréciation du GBSO par les participants	120
Tableau 15. Catégorie principale : G. Recommandations des participants en ce qui a trait aux difficultés ou aux insatisfactions vécues dans le GBSO	124

Liste des acronymes

BFC	Base des forces canadiennes
BSO	Blessure de stress opérationnel
CSV	Centre de santé Valcartier
EEI	Engin explosif improvisé
ESPT	État de stress post-traumatique
ÉT	Écart type
FAC	Forces armées canadiennes
GBSO	Groupe sur la blessure de stress opérationnel
IR	Sous-échelle Relations interpersonnelles de l'OQ-45.2
OQ-45.2	Outcome Questionnaire
PCL-M	Posttraumatic Stress Disorder Checklist version militaire
RVPM	En route vers la préparation mentale
SD	Sous-échelle Symptômes de détresse de l'OQ-45.2
SR	Sous-échelle Rôles sociaux de l'OQ-45.2

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les militaires de la base de Valcartier qui ont pris l'initiative de participer au GBSO et permis à cette recherche de se réaliser. Souhaitons que vos efforts vers le rétablissement vous soient rendus et que votre vie s'en trouve aujourd'hui améliorée. Un grand merci aussi au personnel soignant du Centre de santé Valcartier, plus particulièrement à ceux qui ont mis sur pied le GBSO et qui l'ont animé au cours de ces nombreuses années. Vos initiatives, vos connaissances et votre jugement ont permis de répondre à la mission qui nous a été donnée en créant quelque chose qui correspondait à notre réalité clinique et aux besoins des militaires. Ces dernières années furent exigeantes et nous avons, au cours de celles-ci, fait face à bien des défis. Souhaitons que cette thèse puisse représenter une forme de reconnaissance du travail qui a été accompli. Un remerciement aussi pour la chaîne de commandement du Centre de santé Valcartier ainsi qu'au bureau du médecin-chef des Forces armées canadiennes pour avoir donné leur aval à la réalisation de cette recherche.

Un grand merci à ma directrice de thèse, Maryse Benoit, pour son soutien et ses encouragements ainsi que pour son travail de direction, de lecture et de relecture que lui a exigé cette thèse. Nous en sommes venus à bout! Merci aussi à Éva Ounmar pour les corrections et à Marilyn Giroux pour la révision de cette thèse.

Un merci tout particulier à Nathalie Poirier, qui m'a accompagné durant la majeure partie du processus doctoral. Finalement, merci à Liliana et à la famille Lopez-

Rojas, qui ont facilité la conciliation famille-rédaction de thèse, pour me permettre de terminer cette thèse tout en me lançant dans un nouveau projet que constitue le parentage de la belle petite Élyana.

Introduction

La participation des Forces armées canadiennes (FAC) dans des zones de guerre en Afghanistan durant plus de dix ans a augmenté la prévalence de troubles de santé mentale chez les militaires canadiens. L'état de stress post-traumatique (ESPT) est la pathologie la plus clairement liée à l'exposition aux combats (Larson, Highfill-McRoy, & Booth-Kewley, 2008) et actuellement, au Canada, le terme générique de « blessure de stress opérationnel » (BSO) est largement utilisé pour décrire les entités symptomatologiques persistantes reliées au déploiement en zone de guerre.

Afin de déceler des troubles de santé physiques et psychologiques persistants découlant ou non du déploiement, les militaires sont évalués à leur retour au pays au cours d'un dépistage postdéploiement. Une référence vers une évaluation diagnostique et un traitement peut faire suite à ce dépistage. L'évaluation et la demande de soins des militaires sont toutefois compliquées par le fait que plusieurs d'entre eux ne reconnaissent pas leur condition et leur besoin d'aide, notamment dans la période durant laquelle le processus de dépistage postdéploiement a lieu (Blais & Renshaw, 2013).

Afin de pallier cette difficulté, pour faire un second « dépistage » et intervenir plus rapidement auprès des militaires présentant des symptômes d'intensité variable reliés à une blessure de stress opérationnel, un programme de psychoéducation nommé

Groupe sur la blessure de stress opérationnel (GBSO) a été développé au Centre de santé Valcartier (CSV) et est devenu la première phase de traitement pour des militaires présentant des symptômes associés au déploiement en zone de guerre. La psychoéducation est fréquemment utilisée dans un but de prévention avant et après le déploiement dans le but de prévenir le développement d'un ESPT aigu ou chronique et de ses troubles associés. La psychoéducation est aussi utilisée dans le traitement de l'ESPT lors de la présence de conditions chronicisées. En dépit de la fréquence de son utilisation et de son efficacité démontrée par l'expérience clinique (Creamer & Forbes, 2004), on retrouve peu de recherches empiriques portant sur les effets spécifiques de la psychoéducation ainsi que sur son effet sur les symptômes d'ESPT (Ehlers et al., 2003). La plupart des recherches visant à connaître l'efficacité de la psychoéducation sont en lien avec des objectifs d'apprentissage et avec l'adhésion au traitement, mais rares sont celles qui portent sur les changements observés en matière de symptomatologie (Burlingame & Ridge, 2004). Au sein de la communauté scientifique intéressée par le traitement de l'ESPT, un consensus est bien présent sur la nécessité de faire des recherches sur l'efficacité de la psychoéducation, notamment en ce qui concerne son effet sur la symptomatologie (Wessely, Bryant, Earnshaw, Sharpley, & Hughes, 2008).

Afin de répondre à ce besoin, il est pertinent de développer un devis de recherche qui permet de mesurer les effets de la psychoéducation qui incluent les changements apportés sur la symptomatologie. À notre connaissance, aucune recherche n'a mesuré, au moyen d'analyses qualitatives et quantitatives, l'effet d'un programme de

psychoéducation sur une population militaire active présentant une symptomatologie relative au déploiement en zone de guerre. De plus, le GBSO n'a pas été, à ce jour, formellement évalué. Le présent projet de recherche vise donc à évaluer l'effet du GBSO au moyen d'une méthode d'analyse mixte alliant des données quantitatives et qualitatives afin d'obtenir une vision d'ensemble des effets de ce traitement psychoéducatif. Des analyses quantitatives utilisant des ANOVA à mesures répétées ont été effectuées sur les données recueillies auprès de 91 participants qui ont rempli en pré et en post-traitement les questionnaires de type Likert que sont l'échelle Posttraumatic Stress Disorder Checklist version militaire (PCL-M) et l'Outcome Questionnaire (OQ-45.2). Les résultats obtenus en pré et en post-test ont aussi été mesurés en utilisant les résultats seuils développés et reconnus pour les différents tests utilisés afin de signifier une amélioration, une détérioration ou une absence de changement entre deux passations de test. Des analyses qualitatives utilisant une méthode inductive générale (Blais & Martineau, 2006) ont été réalisées à partir d'entrevues semi-structurées conduites auprès de six participants.

Le premier objectif de la recherche vise à mesurer, au moyen de la PCL-M, l'effet du GBSO sur les symptômes de stress post-traumatique ainsi qu'à mesurer, au moyen de l'OQ-45.2, l'effet du GBSO sur la qualité de vie générale, y compris une variété de symptômes associés à de la détresse psychologique et à des difficultés dans les relations interpersonnelles et dans les rôles sociaux. Un deuxième objectif est d'explorer l'expérience subjective des participants quant à leur cheminement vers le

GBSO et à leur participation à celui-ci afin de saisir les changements opérés sur leurs symptômes. Cet objectif vise aussi à compléter le premier objectif en tentant de voir si, au-delà des changements quantitatifs au plan de la symptomatologie, il y a aussi des changements dans la perception qu'ont les participants de leurs symptômes, de la BSO et d'eux-mêmes. Les données quantitatives et qualitatives recueillies auprès des participants visent donc, ensemble, à évaluer la portée du GBSO. Un troisième et dernier objectif vise à connaître les difficultés vécues par les participants en lien avec leur expérience au GBSO ainsi que leur appréciation de ce dernier afin d'obtenir des recommandations permettant d'améliorer ce programme.

Cette thèse est organisée en quatre sections principales. La section qui suit présente le contexte théorique et les objectifs de recherche. La deuxième section détaille la procédure et la méthode de recherche utilisée. La troisième section présente les résultats obtenus aux analyses quantitatives et qualitatives et, finalement, la dernière section présente la discussion.

Contexte théorique

Les Forces armées canadiennes et l'expérience de déploiement

Les Forces armées canadiennes (FAC) constituent l'organisation militaire placée sous la responsabilité du ministère de la Défense nationale. Leur rôle est de protéger le Canada et sa souveraineté et de défendre l'Amérique du Nord ainsi que de promouvoir la paix et la sécurité internationales en participant à des missions à l'étranger avec différents alliés. C'est particulièrement dans ce dernier rôle que les militaires canadiens ont été exposés aux dangers et à l'horreur ayant résulté des catastrophes naturelles ou des conflits armés. Nommons notamment les missions de paix sous l'égide de l'ONU ou de l'OTAN en Bosnie, en ex-Yougoslavie ou au Rwanda dans les années 1990 ou encore en Haïti entre 1995 et 2004. Plus récemment, le Canada fut engagé dans une mission de combat et de reconstruction en Afghanistan, son déploiement le plus long et le plus coûteux – tant en ressources humaines que financières – depuis la Seconde Guerre mondiale.

Les opérations militaires canadiennes en Afghanistan ont commencé en 2001 et le déploiement massif de troupes au sol a débuté en 2003 à Kaboul. À partir de 2005, après un partage des responsabilités et des secteurs de l'Afghanistan entre les pays membres de la Force internationale d'assistance et de sécurité (FIAS), l'intervention du Canada fut dirigée dans la province de Kandahar. Située au centre de la ceinture

pachtoune, qui s'étend du Pakistan jusqu'à l'Iran, cette région est le cœur de l'insurrection talibane. Malgré des effectifs qui ne correspondent pas aux ratios qui font consensus dans la communauté militaire (De Pierrebourg, 2010), 2500 militaires canadiens eurent à assurer dans cette province les rôles de sécurité, de prise de territoire, de mentorat et de reconstruction jusqu'à l'arrivée, en 2009 et 2010, d'un contingent de plus de 4000 soldats américains. De décembre 2011 jusqu'en 2014, année où le Canada s'est retiré de l'Afghanistan, la mission du Canada s'est modifiée pour se limiter à l'instruction et au mentorat auprès de l'armée et de la police afghanes à Kaboul.

Entre 2001 et 2013, près de 40 000 soldats canadiens furent déployés en Afghanistan et environ 45 % des membres de la Force régulière y furent déployés au moins une fois. Cet engagement fut lourd de conséquences pour les FAC : 158 militaires sont décédés et 2179 ont subi des blessures physiques (Ministère de la Défense nationale du Canada, 2014). Les blessures psychologiques y furent elles aussi nombreuses, quoique plus difficiles à quantifier.

Si le déploiement lui-même constitue la plus grande source de stress pour les militaires, les exigences et les sources de tension débutent avant leur départ pour le « théâtre opérationnel », c'est-à-dire la zone de conflit armé. Il est attendu du militaire qu'il soit disponible et apte à s'absenter de chez lui pour des déploiements allant de six à neuf mois, et la décision de participer ou non au déploiement peut entre autres provoquer un conflit de valeur entre les responsabilités familiales et l'engagement du militaire

envers les FAC. Avant le déploiement, s'ajoutent plusieurs mois d'entraînement et de formations intensives qui impliquent aussi une séparation d'avec son milieu de vie. Cet entraînement intensif et de grande envergure, d'une durée approximative de trois mois, se nomme « montée en puissance » et se déroule généralement à Wainwright, en Alberta. Plusieurs militaires sont aussi envoyés en exercice dans divers sites, notamment dans le désert américain, pour y recevoir un entraînement et des qualifications spécifiques. Ces absences prolongées et répétées peuvent entraîner des tensions familiales et relationnelles, qui s'ajoutent au stress des entraînements et aux appréhensions relatives au vrai théâtre opérationnel et à ce qui y surviendra.

Bien que la situation psychosociale des militaires soit évaluée avant leur départ, afin de s'assurer que leur contexte familial n'est pas défavorable au déploiement et n'occasionne pas de rapatriement, une fois déployé, le militaire a peu de contrôle sur ce qui se passe chez lui. Cela peut le préoccuper, mais il doit en faire abstraction afin de demeurer prêt à répondre aux exigences du théâtre opérationnel. Un sondage effectué en 2010 auprès de soldats canadiens postés sur une base opérationnelle avancée en Afghanistan révèle que 25 % d'entre eux présentaient un stress associé à la mort ou à la maladie grave d'un membre de la famille (17,6 %), au départ du partenaire de vie (5,4 %), à la naissance d'un enfant (3,5 %) ou à un grave problème financier (2,8 %) (Garber, Zamorski, & Jetly, 2012).

En plus de ces soucis, le militaire doit faire face, durant son déploiement, à des stressseurs environnementaux nombreux et potentiellement dangereux (température extrême, insectes, exposition à des agents toxiques ou bactériens, population civile hostile), à des tensions physiologiques (diminution des heures de sommeil ou privation de sommeil, exigences de force et d'endurance physique) ainsi qu'à des stressseurs cognitifs tels que les décisions du commandement, les règles d'engagement, l'identification ennemi-civil ainsi que la crainte des conséquences en cas d'erreur (U.S. Army, 2006).

Toutefois, les expériences directement liées au combat sont reconnues comme étant parmi les plus anxiogènes. Elles comprennent le risque d'être attaqué ou pris en embuscade, de faire l'objet de tirs ennemis ou encore d'être témoin de blessures ou de la mort de collègues, d'ennemis ou de civils (Hoge et al., 2004).

Les opérations canadiennes en Afghanistan ont eu lieu dans un contexte de guerre asymétrique. Ce type de guerre est formée d'actions de guérillas ou d'actions terroristes et tend à s'imposer comme le nouveau type de conflit auquel doivent faire face des armées étatiques principalement formées à la guerre conventionnelle (Caron, 2010).

Dans une guerre asymétrique, le rapport de force entre les adversaires est grandement déséquilibré et implique souvent l'utilisation par le « plus faible » de

différents moyens lui permettant d'obtenir une capacité de nuisance supérieure à moindres frais pour vaincre le « plus fort ». Le plus faible use de la surprise et du harcèlement comme principaux choix tactiques afin de provoquer le plus de pertes possible et de faire régner la peur et l'insécurité. Il cherche à instaurer le chaos dans l'organisation civile et à limiter l'approvisionnement et la mobilité des forces supérieures (Brouillet, 2011). En Afghanistan, l'utilisation par les talibans d'engins explosifs improvisés (EEI) dissimulés sur les routes ou dans les murs constitua la menace la plus courante et fut la cause principale de blessures et de décès parmi les militaires de la coalition ainsi que chez les civils afghans (De Pierrebourg, 2010). La crainte des EEI et l'exposition aux conséquences de celles-ci furent constantes pour les militaires canadiens en déplacement hors des bastions de la coalition. En milieu urbain, la menace est davantage liée aux bombes humaines qui se fondent dans la foule ou encore dans la circulation à bord d'un véhicule chargé d'explosifs.

Une autre caractéristique de la guerre asymétrique est souvent le non-respect par le plus faible des conventions qui régissent la guerre. Pour leur part, dans leurs opérations, les militaires des FAC doivent respecter un ensemble de règles morales et d'engagements internationaux qu'elles ont cautionnés, tels que les Conventions de Genève, ce à quoi peuvent se soustraire des entités antigouvernementales (Courmont, 2003). Ces règles et engagements protègent notamment la population civile et les prisonniers. Ainsi, le militaire canadien ne peut faire feu sur une personne non armée. Les talibans connaissent ces règles et, au moment de fuir d'une embuscade, cachent

leurs armes pour se transformer en paysans (De Pierrebourg, 2010). Un ennemi sans uniforme devient invisible et ressemble à n'importe quelle personne civile. L'identification ennemi-civil devient de ce fait très compliquée. La menace devient présente tout autour des militaires, qui doivent alors se fier à leur équipement et à leurs armes, à leurs frères d'armes et à leur formation en guise de facteurs de protection.

Le soutien de la population civile est nécessaire pour gagner une guerre asymétrique. Le plus faible peut tenter de gagner la faveur populaire ou encore exercer une violence envers la population au moyen d'exactions quand elle n'est pas de son côté. Toute réaction disproportionnée du plus fort envers la population civile risque de faire pencher la faveur de la population vers le plus faible (Brouillet, 2011). En plus de constituer un enjeu moral, limiter le nombre de décès parmi la population civile devient aussi pour le plus fort un enjeu stratégique. Certaines décisions des états-majors respectant cette doctrine et ces règles d'engagement peuvent être source de frustration pour les militaires sur le terrain, comme le refus d'autoriser un ordre de tir ciblant un homme non armé qui creuse dans la route durant la nuit pour enterrer un EEI (De Pierrebourg, 2010). Ce type de décision devient évidemment frustrant pour ceux qui auront à prendre cette route et qui risquent constamment de devenir victimes d'un EEI. La colère, voire la rage, peuvent grandir parmi les troupes; elles peuvent être dirigées envers leur chaîne de commandement dont elles sentent qu'elles ne peuvent recevoir le soutien souhaité, et aussi envers la population, dont l'ambiguïté de la position peut souvent être difficile à supporter pour les militaires. Si ces derniers ne peuvent

ultimement gagner le conflit, ils souhaitent revenir sains et saufs au pays avec leurs collègues, au risque de commettre des erreurs.

Particulièrement présents dans les contextes de guerre actuels, ayant lieu en milieu urbain, le risque et la crainte de tuer ou de blesser des civils accidentellement, que ce soit à la suite d'un échange de tirs ou lors d'un déplacement en véhicule pour des motifs de sécurité, sont importants. Plusieurs militaires reviennent de déploiement avec le sentiment d'être responsables de la mort ou de blessures de personnes civiles, dont ils ont été témoins ou qu'ils ont causées, ce qui entraîne un sentiment généralisé de culpabilité et de honte (Farnsworth, Drescher, Nieuwsma, Walser, & Currier, 2014).

Les missions de paix accroissent elles aussi leurs sources de stress, comme celle vécue par un Casque bleu qui, menacé par un belligérant, doit tout de même respecter des règles d'engagement lui interdisant d'utiliser son arme sauf si l'autre fait feu en premier. La difficulté de ce type de mission peut aussi résider dans le fait de ne pouvoir utiliser sa puissance de feu en raison de son devoir de neutralité et de non-intervention, alors que des crimes dont il est témoin de façon directe ou indirecte sont commis envers la population civile. Un fort sentiment d'impuissance, de rage et de dégoût peut en découler.

En plus des expériences vécues au combat, les militaires sont souvent témoins de la destruction et de l'horreur; par exemple, ils peuvent voir et manipuler des restes

humains (L. King, D. King, Vogt, Knight, & Samper, 2006). Durant leur présence dans la province de Kandahar, les militaires canadiens, surtout les unités médicales, eurent à offrir des soins de première ligne à toute personne victime de la guerre, y compris des civils, des partenaires de la coalition et des ennemis, ce qui les exposa fréquemment aux conséquences de la guerre (Dauphin, 2014). Si les blessures et les pertes furent nombreuses parmi les combattants, la population civile fut autrement touchée. Selon les statistiques de la Mission d'assistance des Nations unies en Afghanistan (MANUA), 17 774 personnes civiles ont été tuées et 29 971 ont été blessées entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2014 (Mission d'assistance des Nations unies en Afghanistan, 2015).

Tant pour le militaire qui revient au pays que pour son entourage, le retour de déploiement comporte lui aussi des éléments de tension. Ceux-ci peuvent provenir des attentes de chacun des membres du couple, de conflits latents exacerbés par l'absence, de l'ajustement relativement aux rôles et aux responsabilités familiales, des infidélités ainsi que des séparations. Ce retour exige aussi du militaire une adaptation rapide d'une zone de guerre à un milieu pacifique, alors qu'il peut être demeuré en hyperactivation neurophysiologique. Cette hyperactivation peut se manifester par de l'agressivité et de l'impulsivité, aller jusqu'à de la violence conjugale ou des voies de fait et mener à des séparations et à des mesures judiciaires et disciplinaires. Dans l'ensemble, les répercussions psychologiques négatives du déploiement pourront se constater dans les sphères personnelle, familiale, relationnelle et professionnelle de la vie du militaire (Reger & Moore, 2009).

L'effet du déploiement sur la santé mentale des militaires

Des statistiques recueillies auprès de 3500 militaires canadiens déployés en Afghanistan entre 2001 et 2008 démontrent que la probabilité de souffrir de troubles psychologiques dans les quatre années suivant leur déploiement en Afghanistan était de près de 13,5 %. La probabilité était plus élevée pour les militaires déployés dans la province de Kandahar, où les facteurs de risque étaient les plus nombreux et l'intensité des combats, la plus haute. L'état de stress post-traumatique compte pour la majeure partie de ces troubles, suivi de la dépression (Boulos & Zamorski, 2013).

Une comparaison entre les taux de troubles de santé mentale effectuée auprès de la population militaire en 2002 et en 2013 révèle que le taux de stress post-traumatique était deux fois plus élevé en 2013 (5,3 %) qu'en 2002 (2,8 %), ce qui reflète l'effet de la campagne militaire en Afghanistan (Garber et al., 2012). De plus, les militaires canadiens qui avaient été déployés présentaient des taux de morbidité plus élevés que les militaires non déployés (Pearson, Zamorski, & Janz, 2014).

Ces résultats sont congruents avec les études antérieures qui associent les troubles de santé mentale chez les militaires avec les déploiements dans une mission de combat ou le fait d'avoir été témoin d'atrocités (Sareen et al., 2007). Selon le Mental Health Advisory Team V (MHAT-V) (2008), une corrélation positive existe entre la prévalence des problèmes psychologiques, la fréquence et la longueur des déploiements, les absences prolongées hors du camp de base en théâtre opérationnel et l'intensité des

combats. Des résultats similaires ont été obtenus auprès de soldats canadiens durant leur déploiement en ce qui concerne l'effet de l'exposition au combat (Garber et al., 2012).

L'expérience subjective que constitue la perception de la menace, telle que la peur d'être personnellement attaqué, blessé ou tué ou encore fait prisonnier, ou encore la peur qu'un collègue le soit, est rapportée par la plupart des militaires comme étant la plus fréquente et la plus marquante (Gifford, Ursano, Stuart, & Engel, 2006). Cette expérience est associée à des troubles de santé physique et mentale chez les militaires (King et al., 2006). Elle constitue l'un des facteurs prédictifs de développement d'un état de stress post-traumatique (ESPT) (Holbrook, Hoyt, Stein, & Sieber, 2001) et fait partie intégrante de la définition de l'ESPT (American Psychiatric Association, 2003), la pathologie la plus clairement liée à l'exposition aux combats (Larson et al., 2008).

Actuellement, au Canada, le terme générique « blessure de stress opérationnel » (BSO) est largement utilisé pour décrire les entités symptomatologiques persistantes reliées au déploiement en zone de guerre telles que l'anxiété, la dépression sévère, l'abus d'alcool et l'état de stress post-traumatique (Anciens Combattants Canada, 2008). Ce terme se veut une façon moins stigmatisante de nommer l'ESPT et ses troubles associés (Ruzek, 2008) en l'absence d'un diagnostic psychiatrique formel ou en dehors d'un contexte médical ou légal (Grenier, Darté, Heber, & Richardson, 2006). Du point de vue clinique, la notion de BSO gagne en pertinence quand on considère le fait que plusieurs personnes ayant une souffrance significative et des déficits importants dans leur

fonctionnement ne répondent pas entièrement aux critères nécessaires au diagnostic d'ESPT, mais nécessitent des soins et une intervention rapide (Sareen, 2014). Il est d'ailleurs reconnu que des soins tardifs ou encore l'absence de soins peuvent aggraver la condition du soldat et entraîner des conséquences irréversibles (Schnurr, Lunney, Bovin, & Marx, 2009). Des recherches épidémiologiques récentes faisant suite à l'opération d'une décennie en Afghanistan soutiennent l'utilisation d'un diagnostic d'ESPT subsyndromique, notamment par la présence d'attaques de panique et d'un sentiment de détresse liés à l'exposition à certains déclencheurs précis et qui seraient indicateurs d'un risque accru de développer un ESPT (McFarlane, 2016).

Sur le plan des conséquences potentiellement irréversibles, et de façon générale, il est reconnu que l'ESPT est un facteur de risque en ce qui concerne la dangerosité suicidaire. L'ESPT est le trouble anxieux le plus lié au suicide (Sareen, Houlahan, Cox, & Amundson, 2005) et sa comorbidité la plus fréquente est la dépression (Afifi, Boman, Fleisher, & Sareen, 2009). La relation entre le suicide et le déploiement en zone de guerre est un sujet de discussion sensible au Canada. Une étude épidémiologique menée entre 1995 et 2012 auprès des militaires actifs des FAC mentionnait que cette population ne présente pas un plus haut taux de suicide que la population générale, en considérant l'âge et le sexe (Bogaert, Whitehead, Wiens, & Rolland, 2013). Les études sur les conséquences des déploiements réalisées chez les militaires actifs font toutefois l'objet de critiques et de limites, étant donné qu'elles ne tiennent pas compte des réservistes ni de ceux qui ont quitté les FAC en raison d'une condition de santé physique ou mentale

suffisamment invalidante pour les empêcher de poursuivre leur carrière (Brunet & Monson, 2014).

La présence d'idéations suicidaires chez des militaires canadiens actifs a toutefois été observée par Sareen et al. (2007). Selon Statistique Canada (2011), le taux de suicide est une fois et demie plus élevé chez les anciens combattants que dans la population générale pour des âges comparables. Ces résultats suggèrent l'apparition d'idéations suicidaires durant la carrière active des militaires, mais un passage à l'acte qui surviendrait après leur sortie des FAC (Bibliothèque du Parlement, 2013), ce qui a été observé notamment auprès des membres des Forces armées britanniques (Kapur, While, Blatchley, Bray, & Harrison, 2009).

Une récente recherche utilisant des données consécutives à la mission en Afghanistan met en évidence que les militaires actifs des FAC présentent davantage d'idéations suicidaires, de plans et de tentatives de suicide que la population générale canadienne (Sareen et al., 2016). En utilisant également des données consécutives au déploiement en Afghanistan et en comparant la population militaire active avec elle-même, une autre recherche met en lumière un risque de suicide accru chez les militaires ayant été déployés en Afghanistan, plus particulièrement chez les militaires de l'Armée de terre et chez ceux faisant partie des armes de combat. Cela indique que les antécédents de déploiement sont un potentiel facteur de risque de suicide dans les FAC (Rolland-Harris, Whitehead, Matheson, & Zamorski, 2015).

Toutefois, les enquêtes menées lors des récents suicides dans les FAC révèlent que l'ESPT en lien avec un déploiement est un facteur parmi plusieurs autres (Zamorski et al., 2015). Les militaires en service sont également exposés à des événements traumatisants avant leur enrôlement ou durant leur carrière qui ne sont pas en lien avec leur service (Ministère de la Défense nationale du Canada, 2010). Les abus subis durant l'enfance constitueraient notamment un facteur médiateur qui contribuerait de façon plus importante aux troubles de santé mentale que les missions en Afghanistan (Boulos & Zamorski, 2016). Cette question fait l'objet de recherches et de discussions actuellement.

En plus d'avoir des répercussions sur la vie personnelle des militaires, les troubles de santé mentale ont également une grande incidence sur les FAC à cause de leurs conséquences sur l'efficacité opérationnelle des militaires qui en sont atteints ainsi que sur les unités auxquelles ces derniers appartiennent, en raison de l'attrition qu'elle engendre en ressources humaines et de leurs coûts (Fikretoglu, Guay, Pedlar, & Brunet, 2008). Compte tenu de l'efficacité de plusieurs traitements, il est toutefois possible de limiter les conséquences des troubles de santé mentale en favorisant la demande de soins par ceux qui pourraient en bénéficier.

Les obstacles et défis liés à la demande de consultation chez les militaires

Bien que les services de santé mentale soient accessibles et offerts à la population militaire, un important délai a été observé entre l'apparition des premiers symptômes et

la démarche de consultation chez des militaires qui ont éventuellement reçu un diagnostic (Fikretoglu et al., 2008) ou encore entre leur retour de déploiement et leur première consultation (Kim, Britt, Klocko, Riviere, & Adler, 2011). La reconnaissance et la perception subjective des besoins ainsi que les répercussions de la maladie chez celui qui en souffre seraient les plus importants facteurs qui conduisent à la consultation (Fikretoglu, Brunet, Schmitz, Guay, & Pedlar, 2006). L'échec dans cette reconnaissance dépend de différents facteurs, dont la croyance que cette condition est temporaire ou sans gravité, l'incapacité à reconnaître ses difficultés comme étant un trouble de santé mentale ainsi qu'une attitude négative envers le recours aux soins de santé mentale (Fikretoglu et al., 2008).

Il existe dans la population générale présentant des difficultés de santé mentale, tout comme dans la population militaire, de nombreux obstacles à la recherche de soins (Wang, 2006). Les obstacles dits « structurels » sont en lien avec la disponibilité des services et leur coût, mais sont généralement moins présents pour la population militaire que civile, compte tenu de la structure de services et de soins offerts par les FAC. Les obstacles « d'attitude », quant à eux, concernent la stigmatisation ou les préjugés en lien avec les troubles de santé mentale et constituent les plus importants obstacles à la recherche de soins en santé mentale par les militaires (Kim, Thomas, Wilk, Castro, & Hoge, 2010).

La stigmatisation peut prendre plusieurs formes. La stigmatisation avérée ou anticipée concerne le fait ou la crainte de faire l'objet de discrimination ou de jugement négatif quand la condition ou le recours à des soins sont connus par autrui. Il peut s'agir par exemple de la crainte et de la possibilité de voir sa carrière compromise, d'être traité différemment par ses collègues et sa chaîne de commandement ou encore d'être blâmé pour ses difficultés. L'autostigmatisation (*self-stigma*), pour sa part, est la honte ou la perception négative qu'entretient la personne envers elle-même et sa condition en fonction des préjugés qu'elle y associe (Blais, Renshaw, & Jakupcak, 2014). Les différentes formes de stigmatisation sont nuisibles à la guérison en raison de l'isolement et de la restriction du soutien social qu'elles provoquent (Gray, 2002). En plus de ses répercussions sur la recherche d'aide, la stigmatisation a une incidence sur la perception qu'a la personne de sa maladie et sur la définition qu'elle se fait d'elle-même. Elle entraîne un effet démoralisateur et néfaste sur la condition mentale (Kim et al., 2010).

Un sondage effectué en 2008-2009 sur la santé et le style de vie du personnel des FAC a fait ressortir les principaux obstacles perçus à l'obtention de soins de santé mentale (Ministère de la Défense nationale du Canada, 2010). Dans ce sondage, 63,8 % des répondants ont déclaré qu'ils préféreraient s'occuper eux-mêmes de leur problème. Cette réponse reflète l'attitude voulant que dans certaines circonstances, les personnes malades ne pensent pas que leurs problèmes de santé mentale requièrent un traitement actif. La crainte des répercussions sur la carrière militaire liées à la consultation en santé mentale a été nommée par 37,5 % des répondants. La peur de demander de l'aide ou la

peur de ce que les autres pourraient penser constituait le troisième obstacle le plus souvent signalé (24,7 %). Dans le même ordre d'idées, 20,9 % des répondants ont dit avoir peur que leur superviseur découvre qu'ils recevaient de l'aide pour leur problème et 19 %, que les membres de leur unité le découvrent.

Le milieu militaire et sa culture peuvent avoir une influence sur la stigmatisation en faisant la promotion de l'invincibilité parmi ses membres et en favorisant la perception que la maladie mentale est un signe de faiblesse et constitue une menace à la carrière (Hoge et al., 2004). La culture militaire favorise aussi grandement l'autonomie; la personne doit notamment être capable de se débrouiller seule et être apte en tout temps à accomplir la tâche qu'elle doit prioriser en dépit de ses besoins (Fikretoglu et al., 2008). Par ailleurs, l'armée est essentiellement un milieu d'hommes et, dans la population générale, la masculinité est globalement liée à une faible recherche d'aide. Une faible capacité d'expression de la détresse émotionnelle est aussi relevée et peut avoir une implication dans la recherche de soins psychothérapeutiques (Blais & Renshaw, 2013).

Depuis plusieurs années, les FAC ont non seulement augmenté les effectifs en santé mentale, mais ont également mis beaucoup d'efforts pour diminuer le phénomène de la stigmatisation qui nuit à la démarche de consultation et à la possible amélioration d'une condition médicale par un traitement. Ces efforts semblent avoir porté des fruits puisque, par exemple, bien que la population militaire présente davantage de

comportements en lien avec le suicide que la population générale, elle est plus encline à aller chercher de l'aide et à consulter que la population générale (Sareen et al., 2016).

Les services de santé mentale pré et postdéploiement

Afin de soutenir les militaires dans la prévention, le dépistage et la recherche d'aide liée aux difficultés psychologiques associées aux opérations militaires, les principales forces militaires de l'OTAN ont mis sur pied des séances préparatoires au déploiement et au retour de déploiement. Au Canada, le programme En route vers la préparation mentale (RVPM) a été développé par le ministère de la Défense nationale et instauré sur toutes les bases militaires canadiennes en 2009. Ce programme, dans sa version prédéploiement, vise l'apprentissage de techniques permettant la diminution du stress lors de situations critiques et a pour but de favoriser une intervention rapide par la reconnaissance des premiers symptômes de détresse psychologique et d'entraîner les militaires en position de commandement à faire une forme de débriefing auprès de leurs subalternes à la suite d'un incident critique.

Depuis 2005, les militaires canadiens de retour d'Afghanistan font escale à Chypre pour une période de « décompression » de cinq jours. Des périodes de détente et d'activités ainsi que la participation obligatoire à deux séances postdéploiement du RVPM sont prévues. Celles-ci abordent les problèmes d'adaptation souvent rencontrés par les militaires lors de leur retour au pays, comme le maintien de comportements acquis ou nécessaires en théâtre opérationnel mais inappropriés en situation de paix

(p. ex. conduite automobile agressive, sursaut en réaction à un bruit soudain), et montrent comment reconnaître les signes de BSO. Le contenu de ces séances est similaire au programme psychoéducatif *Battlemind Training* développé aux États-Unis par le Walter Reed Army Institute of Research. De façon générale, les programmes pré et postdéploiement visent à réduire la stigmatisation en lien avec les difficultés de santé mentale dans le milieu militaire et à favoriser la demande d'aide (Parlement du Canada, 2015). Le RVPM a aussi un module qui est offert aux militaires dès leur formation à l'école des recrues.

Trois à six mois après leur retour du théâtre opérationnel, afin de laisser le temps aux symptômes considérés habituels de se résorber et aux militaires de se réadapter à un environnement de paix, les militaires doivent se soumettre au dépistage amélioré postdéploiement qui vise à détecter des troubles de santé physique et psychologique persistants découlant ou non du déploiement. Les militaires remplissent une série de questionnaires, puis rencontrent un professionnel de la santé mentale. Ce processus ne vise pas l'établissement d'un diagnostic formel, mais plutôt le dépistage et l'orientation adéquate du militaire vers des services quand ils sont requis.

Les services de santé mentale dans les FAC

Les bases des FAC offrent, au sein de leurs installations, des services de santé physique et mentale sous la forme de cliniques externes. Des hôpitaux civils, l'Hôpital Sainte-Anne des anciens combattants et différentes ressources privées sont utilisés

lorsqu'un militaire nécessite une hospitalisation, lorsque les services requis ne sont pas offerts dans les centres de santé des bases militaires (p. ex. neuropsychologie, sexologie) ou lorsque la demande déborde des services offerts au sein des installations de santé des FAC. Les services de santé mentale sont formés d'équipes multidisciplinaires composées de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmiers en santé mentale, de conseillers en toxicomanie et d'aumôniers militaires cliniciens. Les soins offerts sont divisés en deux volets : le programme psychosocial offre des soins de santé mentale de premier recours sans recommandation médicale, et le programme de santé mentale générale offre des services de deuxième ligne axés sur des interventions spécialisées multidisciplinaires pour les problèmes de santé mentale persistants. Sept bases parmi le réseau de cliniques de santé mentale à travers le Canada disposent aussi d'un centre de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) offrant un programme de soutien pour trauma et stress opérationnel (PSTSO) qui vient en aide spécifiquement aux membres des FAC souffrant d'une BSO à la suite d'une mission. Le Centre de santé Valcartier (CSV) situé sur la Base des forces canadiennes (BFC) de Valcartier dispose de l'une de ces cliniques.

Réalité clinique des services de santé à la BFC Valcartier et contexte de mise en œuvre du GBSO

Plus de 6000 militaires sont rattachés à la BFC de Valcartier, qui forme l'une des trois plus grandes bases militaires du Canada. Elle est constituée d'unités de combat (infanterie, blindé, artillerie, génie de combat) et de services (transport/logistique,

transmission, services médicaux et dentaires et police militaire) de la force terrestre. Elle dispose aussi d'un escadron d'hélicoptère. Toutes ces unités peuvent être appelées à intervenir à tout moment pour des opérations à l'intérieur ou à l'extérieur du pays. Son régiment d'infanterie, le Royal 22^e Régiment, a partagé à tour de rôle avec le Royal Canadian Regiment (BFC de Petawawa et BFC de Gagetown) et le Princess Patricia Light Infantry (BFC d'Edmonton et BFC de Shilo) les rotations de déploiement d'infanterie d'une durée de six à neuf mois en Afghanistan. Toutes les autres unités présentes sur la BFC de Valcartier furent aussi déployées pour des périodes et des cycles similaires.

La majorité des membres des FAC en poste à Valcartier ont été déployés au moins une fois en Afghanistan. Cette réalité a eu plusieurs répercussions sur les services de santé au CSV, notamment en raison de l'absence des membres du personnel médical déployés en opération ou en exercice et surtout, en raison de la forte hausse de la demande de services et de soins en lien avec les opérations en Afghanistan.

L'engagement du Canada en Afghanistan a nécessité beaucoup d'adaptation de la part du personnel médical afin de répondre aux besoins. Il est rapporté que durant les premières années du déploiement des militaires canadiens en Afghanistan, les services de santé mentale accusaient un manque d'effectif de l'ordre de 15 à 22 % sous le niveau jugé nécessaire pour exécuter le programme de santé mentale en période d'état stable (Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes,

2012). En plus des services courants, les professionnels de la santé ont eu à réaliser les entrevues prédéploiement et postdéploiement, à offrir les séances prédéploiement et à composer avec une abondance de demandes de soins au retour des déploiements ou lors de rapatriements. Il est estimé qu'environ 15 % des membres de la Force régulière se prévalent de services de santé mentale chaque année et que 32 % des militaires déployés en Afghanistan ont demandé des soins de santé mentale spécialisés dans les quatre années qui ont suivi leur déploiement (Ministère de la Défense nationale du Canada, 2013).

C'est particulièrement la présence de symptômes d'ESPT et les répercussions de ces symptômes sur le fonctionnement du militaire qui conduisent à une référence au PSTSO. À cette étape, les militaires doivent passer par un protocole d'évaluation standardisé des FAC impliquant la participation d'un psychiatre ou d'un psychologue pour déterminer avec précision le diagnostic. Dans un contexte de forte demande de services, cette procédure a toutefois eu l'inconvénient de retarder l'offre de soins. La directive nationale était d'orienter les effectifs vers l'évaluation et d'offrir le traitement en sous-traitance, mais l'équipe clinique a considéré que ce choix pouvait être préjudiciable à la clientèle pour deux raisons : premièrement, parce que l'expertise est plus présente à l'intérieur des murs (Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes, 2012) et deuxièmement, parce que le recours aux consultants externes, bien que précieux et apprécié, peut être problématique en ce qui concerne la continuité des soins, particulièrement pour les clients difficiles, tant en

matière de condition de santé mentale que de difficultés administratives souvent en lien avec les chaînes de commandement (Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes). Ajoutons que les ressources externes, qui ont déjà la population civile comme clientèle, ne sont pas illimitées et qu'elles présentent elles aussi des restrictions du point de vue de la disponibilité.

Même en concentrant ses efforts sur l'évaluation, l'équipe clinique a observé, au cours de la première vague de retour de déploiement, un temps d'attente trop long entre la référence pour l'évaluation et le début du traitement. Le facteur principal de ce temps d'attente était l'engorgement, qui, outre l'importante demande de soins en lien avec les retours de mission, avait différentes causes. Plusieurs références à l'évaluation et au traitement au PSTSO qui avaient été effectuées au moment de l'entrevue postdéploiement se révélaient être de faux positifs au moment de l'évaluation psychiatrique : soit l'évaluation postdéploiement avait été trop prudente par crainte de faux négatifs, soit les difficultés rapportées par le militaire à ce moment s'étaient résorbées ou étaient encore toujours présentes, mais très légères, et ne nécessitaient plus qu'une intervention minimale ou davantage de temps pour permettre l'adaptation au retour au pays. Ces militaires peu souffrants venaient embourber le processus d'évaluation et ralentir l'offre de soins aux nombreux cas plus criants et en demande de soins. Les temps d'attente prolongés avant d'obtenir des soins entraînent évidemment plusieurs conséquences négatives chez la clientèle, notamment de la frustration, de

l'anxiété et une aggravation possible de l'état (Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes, 2012).

Une des difficultés présentes dans le processus de dépistage postdéploiement consiste dans la possibilité de faux négatifs, notamment à cause du défi que pose le dépistage des militaires qui pensent n'avoir ni difficultés ni besoins. Il est reconnu dans la documentation que le taux de diagnostic de dépression ou d'ESPT chez les militaires déployés augmente 12 mois après leur retour d'opération (Kim et al., 2011). Cela suggère que plusieurs militaires ne reconnaissent pas leur condition et leur besoin d'aide dans les trois à six mois durant lesquels le processus de dépistage postdéploiement a lieu (Blais & Renshaw, 2013).

Cette difficulté pour plusieurs militaires à reconnaître leurs symptômes et comportements problématiques a aussi été observée par les professionnels chargés de leur évaluation psychiatrique. Ces professionnels devaient évaluer les militaires à plusieurs reprises en leur expliquant ce à quoi ils devaient porter attention afin de favoriser leur auto-observation et de les aider à fournir des informations plus justes afin d'obtenir le bon diagnostic.

Afin de pallier ces difficultés, de faire un second « dépistage » et d'intervenir plus rapidement auprès des militaires présentant des symptômes d'intensité variables relatifs à une blessure de stress opérationnel, un programme de psychoéducation nommé

Groupe sur la blessure de stress opérationnel (GBSO) a été développé en 2010 par des cliniciens du CSV. À titre indicatif, entre janvier 2012 et décembre 2015, près de 425 militaires ont participé au GBSO. Depuis sa mise en œuvre, la participation au GBSO se veut être généralement la première étape de traitement des militaires référés au PSTSO.

Le Groupe sur la blessure de stress opérationnel

Le Groupe sur la blessure de stress opérationnel (GBSO) est un programme de psychoéducation offert en groupes de huit participants animés par deux intervenants en santé mentale. Ce programme est constitué de trois modules de deux rencontres offertes à raison de deux rencontres par semaine pour une période de trois semaines. Chaque rencontre dure deux heures. Le contenu et le format du GBSO ne cherchent pas à favoriser l'expression émotionnelle liée à des événements de nature traumatique, comme c'est le cas dans le débriefing psychologique ou dans une thérapie de groupe. Les participants sont plutôt appelés à décrire en groupe un cas typique de parcours militaire et d'expérience de déploiement qui servira à illustrer le contenu du programme et à parler de leur expérience de façon commune et générale. Un autre objectif de groupe est de mettre les militaires ayant une BSO en contact avec des pairs vivant des difficultés semblables ainsi qu'avec le milieu et le personnel médicaux. Cette stratégie vise entre autres à diminuer la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale et à la consultation (Huxley, 1993). Des intervenants de différentes professions animent le groupe, en fonction des modules. Les militaires sont ainsi en contact avec plusieurs

membres du personnel et se familiarisent avec les diverses professions et les différents rôles. Un intervenant pivot demeure toujours disponible. De l'information est donnée sur les étapes et les options de traitement afin de favoriser le sentiment de pouvoir du militaire relativement à sa condition, de lui permettre de faire des choix et de favoriser l'adhérence au traitement. Les exemples, le contenu ainsi que le langage utilisé sont adaptés à la réalité militaire. Plusieurs symptômes relatifs à la BSO sont présentés comme une adaptation normative au contexte des opérations, et les nouvelles habitudes à développer sont présentées comme étant en continuité avec les valeurs militaires, ce qui s'inspire de la logique suggérée par le *Battlemind Training* (WRAIR Land Combat Study Team, 2006).

L'objectif du premier module du GBSO est de comprendre ce qu'est une blessure de stress opérationnel. Les symptômes cardinaux de l'ESPT ainsi que les problèmes associés, tels que la dépression et l'abus de substances, sont décrits en détail. Ce module explique la nature et les manifestations du stress sur l'organisme en mettant l'accent sur le substrat biologique du trouble, ce qui permet de diminuer la stigmatisation et la honte associée à la présence de symptômes psychologiques et d'augmenter la motivation à aller chercher de l'aide (Der-Yan, Sue-Huei, Kwang-Kuo, & Hai-Lang, 2006). Ce module décrit aussi les stratégies d'adaptation inadéquates (p. ex. abus d'alcool et évitement) et enseigne d'autres techniques d'adaptation et de gestion de l'anxiété, comme la relaxation musculaire progressive de Jacobson et la respiration diaphragmatique.

Le deuxième module vise à développer des habiletés dans la gestion des émotions. Il met l'accent sur les liens entre le contexte des opérations, l'adaptation mentale et physique nécessaire au combat (mentalité de combat), l'hyperactivation et l'irritabilité. On y enseigne la reconnaissance des signes de tension physique et comportementale ainsi que des techniques visant à réduire les actes impulsifs.

Le troisième module vise à reconnaître les répercussions d'une BSO dans les différents systèmes sociaux (famille, couple et travail) et à développer des moyens de maintenir les liens et de recevoir du soutien. Ce module a pour but de favoriser l'adaptation du militaire dans ses différents rôles sociaux en fonction des symptômes présents (p. ex. fatigue, perte d'attention, problèmes de concentration) et de diminuer leurs conséquences sur le fonctionnement. En effet, le déficit fonctionnel est une caractéristique de l'ESPT dans la population civile (Breslau, Lucia, & Davis, 2004) et militaire (Dohrenwend et al., 2006; Rona et al., 2009). Ce module vise aussi la reconnaissance des changements induits par la mission en ce qui concerne la perception qu'entretient le militaire envers lui-même, envers les autres et envers son environnement.

Pendant les séances, les intervenants observent les participants, notamment ceux qui démontrent davantage de signes de détresse psychique ou de difficultés dans leur fonctionnement. Ils sont disponibles pour discuter avec eux durant les pauses et à la fin des séances. Ces observations peuvent conduire à une priorisation ou à une orientation

vers les services de première ligne en attendant une prise en charge individuelle en psychologie et en psychiatrie.

Deux semaines après la fin des rencontres, le militaire est convié à une rencontre post-GBSO, qui consiste en une entrevue individuelle afin d'évaluer sa condition et ses besoins. Le participant est interrogé sur la perception qu'il a de ses difficultés, à savoir s'il se reconnaît ou non dans la description de la BSO, ainsi que sur les services dont il considère avoir besoin en fonction des connaissances qu'il a acquises sur lui-même et sur les services offerts. Des recommandations lui sont faites et, au besoin, on l'informe de la référence vers la prochaine étape de soins. À cette occasion, on le fait répondre aux outils d'évaluation exigés par les services de santé des Forces canadiennes, soit l'Outcome Questionnaire (OQ-45.2), la Posttraumatic Stress Disorder Checklist version militaire (PCL-M), le Beck Depression Inventory (BDI), la Dissociative Experience Scale (DES) ainsi qu'un questionnaire sur la spiritualité.

La psychoéducation dans le traitement de l'ESPT

Le GBSO, par sa forme et son contenu, est un traitement psychoéducatif. Goldman (1988) suggère de définir la psychoéducation comme étant l'information qui est donnée au patient sur le trouble dont il souffre, notamment sur ses signes, son étiologie, le traitement et ses phases, ainsi que l'enseignement de techniques visant à contrôler différents symptômes. Selon Friedman (2015), les objectifs de la psychoéducation sont (1) de permettre à la personne de se normaliser face à sa condition,

(2) de diminuer son sentiment de responsabilité envers sa condition et les doutes qu'elle entretient sur elle-même, (3) de corriger les malentendus associés à l'interprétation des comportements et symptômes par ses proches, (4) d'augmenter la crédibilité des cliniciens et des soins, (5) de mettre l'accent sur l'efficacité des traitements et, finalement, (6) de faciliter l'acceptation de la personne par rapport à sa condition et de promouvoir une coopération active au traitement.

La psychoéducation est fréquemment utilisée en psychothérapie et s'est montrée efficace dans le traitement de la dépression (Cuijpers, 1998), des troubles bipolaires (Rouget & Aubry, 2007) et de différents troubles mentaux sévères tels que la schizophrénie (Pitschel-Walz et al., 2006). Elle est aussi largement utilisée comme stratégie d'intervention en lien avec l'ESPT causé par différentes situations, comme les abus et agressions, les accidents, les catastrophes naturelles et l'exposition aux situations de guerre.

Dans le cadre d'interventions en lien avec l'ESPT, la psychoéducation peut être utilisée dans un but de prévention, comme en préparation à l'exposition à un événement potentiellement traumatogène, ou à la suite d'un tel événement, ainsi que dans le cadre d'une condition chronicisée.

Dans un contexte de prévention, la psychoéducation vise notamment à permettre aux individus d'être moins troublés par la présence de symptômes puisqu'ils savent que

ceux-ci peuvent survenir. La compréhension de ces symptômes en tant que réaction normale à une situation anormale favorise la diminution de la détresse que ces réactions suscitent (Wessely et al., 2008). La psychoéducation permet aussi d'intervenir sur les différentes formes de stigmatisation associées au trouble de santé mentale, qu'il s'agisse des préjugés véhiculés dans la société (*societal stigma*) envers les troubles de santé mentale ou encore de l'autostigmatisation (*self-stigma*), c'est-à-dire l'internalisation chez la personne de préjugés qui modifient la perception qu'elle a d'elle-même (Greene-Shortridge, Britt, & Castro, 2007). Les séances de préparation au déploiement et au retour de déploiement en théâtre opérationnel de guerre sont des exemples de l'utilisation de la psychoéducation comme stratégie de prévention.

Dans le cadre d'une condition chronicisée, en plus de ce qui a été mentionné précédemment, la psychoéducation permet d'expliquer au patient en quoi les différents symptômes qu'il présente constituent un syndrome particulier qui porte un nom. Ceux qui souffrent d'ESPT ont besoin de savoir qu'ils ne sont pas en train de devenir fous et que plusieurs autres personnes souffrent de difficultés similaires après avoir été exposées à des événements catastrophiques ou intenses. Ces informations contribuent à normaliser leur condition.

En plus de l'éducation sur les symptômes et leurs causes ainsi que sur l'ensemble des facteurs qui y sont liés, la psychoéducation enseigne souvent des techniques visant la gestion des symptômes, que ce soit par exemple des techniques de relaxation, la gestion

des émotions et l'hygiène du sommeil. Ces techniques favorisent la résilience dans les premières étapes du traitement et préparent à mieux gérer les symptômes qui peuvent s'exacerber en cours de traitement par la réactivation des souvenirs. Ces techniques sont celles que l'on trouve dans certains programmes spécialisés tels que le Stress Inoculation Training (SIT), qui met essentiellement l'accent sur la gestion des symptômes, que ce soit avant l'exposition à un événement stressant ou encore pour aider à gérer une symptomatologie présente, comme l'hyperactivation, les attaques de panique, la colère, etc. (Meichembaum, 1985). La psychoéducation vise aussi à promouvoir les comportements favorables et à diminuer les comportements problématiques ou à risque, tels la prise d'alcool ou de drogue et l'évitement excessif. Par les techniques qu'elle enseigne, la psychoéducation peut aussi promouvoir au sens large la réappropriation d'un sentiment d'efficacité personnel. Elle vise aussi à favoriser l'adhérence au traitement et l'espoir chez les participants d'une amélioration possible de leur condition (Wessely et al., 2008).

Mode d'utilisation de la psychoéducation

La façon dont est présentée la psychoéducation varie : elle peut être communiquée de façon verbale ou écrite, exposée en personne ou offerte au moyen de lectures ou encore par vidéo. Il peut s'agir de séances uniques ou de séances d'information multiples, et ces séances peuvent être individuelles, en couple, en famille ou en groupe.

La psychoéducation est largement utilisée en traitement individuel en tant que composante de la plupart des protocoles de traitement reconnus comme efficaces dans le traitement de l'ESPT, comme la thérapie cognitivo-comportementale, la désensibilisation par le mouvement oculaire ou la thérapie par exposition (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009; Harvey, Bryant, & Tarrier, 2003). Dans le cadre de ces thérapies, la psychoéducation permet d'expliquer la logique derrière l'utilisation de ces traitements, leurs étapes et leurs effets et favorise l'adhésion au traitement (Phoenix, 2007).

Pour sa part, la psychoéducation dans le cadre d'une thérapie familiale ou de couple vise à consolider le caractère soutenant et favorable de la famille de la personne qui souffre d'un trouble de santé mentale, notamment par l'enseignement prodigué aux proches (p. ex. programme REACH; voir Sherman, Perlick, & Straits-Troster, 2012). Enfin, en plus d'être efficace sur le plan du temps et des ressources, la psychoéducation de groupe permet de rassembler et de mettre en contact des personnes partageant des difficultés et des expériences similaires, ce qui favorise la validation de leurs émotions et la normalisation de leur condition et aide à la formation de liens avec autrui (Foy et al., 2001).

En dépit de la fréquence de son utilisation et de son efficacité démontrée par l'expérience clinique (Creamer & Forbes, 2004), on retrouve peu de recherches empiriques portant sur les effets précis de la psychoéducation ainsi que sur son effet sur

les symptômes d'ESPT (Ehlers et al., 2003). Au sein de la communauté scientifique intéressée par le traitement de l'ESPT, un consensus est bien présent sur la nécessité de faire des recherches sur l'efficacité de la psychoéducation, notamment en ce qui concerne la symptomatologie (Wessely et al., 2008).

Recherche empirique sur la psychoéducation

Alors que la psychoéducation dans le traitement de la schizophrénie est reconnue comme mode d'intervention fondé sur des données probantes (Lukens & McFarlane, 2004), la documentation scientifique portant sur la psychoéducation dans le traitement de l'ESPT souffre de la rareté de la recherche expérimentale visant à connaître son efficacité (Friedman, 2015). Les recherches portant sur la psychoéducation en tant que traitement unique de l'ESPT sont d'autant plus rares qu'elle est généralement utilisée en combinaison avec d'autres modes de traitement. Par exemple, plusieurs recherches publiées vers la fin des années 1990 montrent des résultats intéressants du point de vue de l'efficacité de la psychoéducation (Lubin, Loris, Burt, & Johnson, 1998; Resick, Jordan, Girelli, Hutter, & Marhoefer-Dvorak, 1988; Zlotnick et al., 1997). Toutefois, les traitements qui ont fait l'objet de ces études correspondent à des traitements cognitivo-comportementaux offerts en groupe et comprenant un volet psychoéducatif dont l'apport spécifique n'est pas évalué. Leur contenu dépasse largement ce qui est généralement reconnu comme étant de la psychoéducation, et le volet psychoéducatif n'est pas isolé dans le devis de recherche.

Cependant, à la différence des études portant sur la psychoéducation dans le traitement de la schizophrénie, celles sur la psychoéducation dans le traitement de l'ESPT présentent une plus grande hétérogénéité en ce qui concerne le trouble en tant que tel (type d'événement traumatique) et la population à l'étude (adultes, enfants, civils, militaires, immigrés, etc.).

Plusieurs devis de recherche portant sur le traitement de l'ESPT utilisent aussi la psychoéducation comme groupe de comparaison afin de vérifier l'efficacité d'un autre type de traitement à l'essai. Les résultats de ces études révèlent que les conditions expérimentales comprenant de la psychoéducation obtiennent des résultats cliniques très modestes (Wessely et al., 2008).

La psychoéducation offerte à la population militaire déployée en zone de guerre a fait l'objet de plusieurs recherches dans le contexte de la mise en œuvre de programmes d'intervention postdéploiement. Ce type d'intervention est offert aux militaires peu de temps après leur déploiement et indépendamment d'une évaluation préalable de leur condition. Cette intervention vise à faciliter la transition des militaires d'un milieu de guerre à un milieu civil, à reconnaître leurs difficultés, à encourager leur demande d'aide et à diminuer la stigmatisation associée aux troubles de santé mentale. Des résultats positifs ont été obtenus à la suite de l'évaluation de tels programmes. Par exemple, selon Iversen et al. (2008), la non-participation à des séances postdéploiement serait associée à une présence accrue de symptômes d'ESPT et de détresse psychologique. Ces séances

postdéploiement auraient un effet positif sur la santé mentale des militaires tant qu'elles sont perçues comme étant de qualité et utiles (Greenberg, Langston, Fear, Jones, & Wessely, 2009). En comparant différentes modalités d'intervention préventive post-déploiement, Adler, Bliese, McGurk, Hoge et Castro (2009) ont démontré que le programme de psychoéducation nommé *Battlemind Training* du Walter Reed Army Institute of Research (WRAIR) était, pour les militaires rapportant une haute exposition au combat, plus efficace pour diminuer les symptômes d'ESPT et de dépression, les difficultés de sommeil et la stigmatisation associée à la demande d'aide que le traitement de gestion du stress habituellement utilisé chez des militaires de retour d'opération.

La plus récente recherche publiée sur la psychoéducation proposée à des militaires a été menée par Castro, Adler, McGurk et Bliese (2012) et visait à connaître l'efficacité d'une séance unique du *Battlemind Training* offerte quatre mois après le retour d'un déploiement. Cette recherche a été effectuée auprès d'une cohorte de 1645 militaires de retour d'Irak. Les participants ont été divisés aléatoirement en deux groupes. Seul le groupe expérimental a participé à la psychoéducation, alors que le groupe témoin a uniquement rempli les questionnaires distribués avant l'intervention ainsi que lors d'une évaluation de suivi effectuée six mois après la première prise de mesures. La procédure de prise de mesures était la même pour les deux groupes afin de connaître l'effet dans le temps de la séance de psychoéducation. Plusieurs instruments de mesure de type échelle de Likert ont été utilisés. La PCL-M a servi à mesurer la symptomatologie associée à l'ESPT, les symptômes de dépression ont été mesurés à

partir du Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-D), la satisfaction face à la vie a été mesurée à l'aide de la Satisfaction with Life Scale (SWLS) et la stigmatisation associée à la recherche de soins en santé mentale a été mesurée avec la Stigma Scale.

Le module de psychoéducation a obtenu une évaluation positive de la part des participants du groupe expérimental, qui ont rapporté une amélioration statistiquement significative des symptômes d'ESPT, de dépression et de satisfaction envers la vie au moment de l'évaluation de suivi. Toutefois, l'ampleur de l'effet de l'intervention obtenu dans cette recherche était petite, ce que les auteurs expliquent par le fait qu'il s'agit d'une recherche effectuée auprès d'une population qui n'était pas en demande de soins. Les auteurs soulignent toutefois qu'un petit effet peut être important s'il peut toucher des milliers de personnes. Les limites de cette recherche étaient entre autres l'absence de traitement substitut pour le groupe témoin. Selon les auteurs, cette absence de traitement a pu expliquer le taux d'abandon important chez le groupe témoin pour la deuxième passation du questionnaire. Cette recherche repose aussi uniquement sur des échelles autorapportées pour mesurer des changements cliniques. Les auteurs mentionnent que des entrevues cliniques structurées auraient permis d'obtenir des résultats différents et plus complexes qui ne pouvaient être obtenus par les mesures utilisées. Les résultats de cette recherche permettent toutefois d'appuyer la valeur et la mise en œuvre du *Battlemind Training* ou de ses composantes afin de développer d'autres initiatives de soins visant la santé mentale des militaires.

Même s'il reprend des éléments du *Battlemind Training* et qu'il est offert auprès d'une population militaire ayant été déployée en milieu opérationnel, le GBSO diffère des séances postdéploiement qui ont fait l'objet de ces études, notamment par son plus vaste contenu et par son contexte; en effet, il est offert auprès d'une population clinique en recherche de soins et chez laquelle des symptômes ont déjà été observés.

Une étude encore plus proche du GBSO est celle portant sur un programme de psychoéducation sur le stress opérationnel qui a été mis sur pied à la clinique de santé mentale des FAC d'Ottawa. Ce programme vise à augmenter les connaissances et la compréhension des participants par rapport à l'ESPT, à la dépression et aux traitements offerts à cette clinique. L'étude portant sur ce programme a été menée entre les mois d'avril et d'août 2013 auprès de 18 militaires actifs en consultation dans cette clinique (Leslie & Heber, 2013). Cette recherche qualitative a utilisé un questionnaire maison rempli en pré et post-traitement. Les questions répétitives portaient sur la connaissance et la compréhension qu'ont les patients de leur propre diagnostic, sur des exemples de manifestations symptomatiques qu'ils présentent, sur les effets secondaires de la médication, sur le but de la psychothérapie et sur ce qui, selon eux, compromet ou facilite le rétablissement. Une question supplémentaire s'ajoutait dans le questionnaire post-traitement concernant l'acquisition de nouvelles connaissances et la modification de leur compréhension du début des manifestations de leurs symptômes. Les résultats ont mis en évidence chez les participants une augmentation de la connaissance de leur diagnostic et de leurs symptômes et une nouvelle compréhension de plusieurs de leurs

symptômes comme étant des moyens de gérer leurs difficultés (p. ex. évitement de situations sociales ou de déclencheurs). Les changements ayant suivi leur participation se situaient globalement dans trois sphères : la compréhension et la conscience de soi, la diminution de l'isolement et du sentiment de solitude et l'augmentation du sentiment d'autonomisation (*empowerment*). Cette recherche a aussi mis en lumière le constat chez les participants qu'ils présentaient des symptômes depuis plus longtemps que ce qu'ils croyaient précédemment. Les limites de cette recherche sont son faible échantillon (18 participants) et l'absence de mesure des changements sur le plan des symptômes. Elle permet toutefois de confirmer la pertinence d'un programme de psychoéducation dans le cadre d'un traitement offert à des militaires actifs présentant une BSO.

Pour leur part, Gray, Elhai et Frueh (2004) ont mené une étude sur un groupe de psychoéducation préparatoire à la thérapie par exposition auprès de vétérans américains souffrant d'ESPT. Ce groupe se réunissait une fois par semaine pendant huit semaines. Le but de ce groupe psychoéducatif était d'augmenter la compréhension de l'étiologie de l'ESPT et de la raison justifiant le traitement. Y étaient abordés, entre autres, les symptômes de l'ESPT, la comorbidité, la psychothérapie, les difficultés médicales, familiales et conjugales, la gestion de la colère, la culpabilité et la honte ainsi que les moyens d'améliorer la qualité de vie. Les résultats obtenus par la passation d'échelles autorapportées de type Likert révèlent que la psychoéducation permettait une connaissance accrue des symptômes par les patients, un niveau de satisfaction très élevé envers les services, une amélioration de leur connaissance de l'ESPT et de son

traitement, une augmentation de leur optimisme en ce qui concerne l'amélioration de leur condition et une motivation accrue à poursuivre le traitement. Une amélioration de certains symptômes a été rapportée par plusieurs participants, mais n'a pas fait l'objet d'une évaluation formelle. Cette recherche est, selon les auteurs, la première à publier un programme de psychoéducation dans le traitement de l'ESPT auprès de la population militaire et à en faire une évaluation. Les limites de cette recherche sont notamment son petit échantillon (17 participants) et le fait de n'avoir pas mesuré les changements rapportés par plusieurs participants quant à leurs symptômes. Cette recherche permet toutefois d'ouvrir sur des recherches plus vastes et approfondies en lien avec l'ESPT et la psychoéducation.

Comme c'est le cas pour les deux recherches précédentes, Burlingame et Ridge (2004) rapportent que la plupart des recherches visant à connaître l'efficacité de la psychoéducation sont en lien avec des objectifs d'apprentissage et l'adhésion au traitement plutôt qu'avec les changements observés par rapport aux symptômes. Il serait pertinent de développer un devis de recherche qui permettrait de couvrir plus en profondeur l'effet de la psychoéducation dans le traitement de symptômes de blessures de stress opérationnel que présente la population militaire. De plus, le GBSO n'a pas fait, à ce jour, l'objet d'une évaluation formelle. La présente étude vise donc à mesurer l'effet de ce programme psychoéducatif offert aux militaires de la Base des Forces armées canadiennes de Valcartier.

Objectifs de recherche

La méthode mixte de notre recherche vise à pallier les différentes limites des recherches citées précédemment, comme l'absence d'entrevue clinique structurée pour détecter des changements non détectables par des instruments de mesure quantitatifs (questionnaires autorapportés), les faibles échantillons et l'absence de mesures sur les changements sur le plan de la symptomatologie.

Le but de notre recherche est de connaître, d'un point de vue quantitatif et qualitatif, les effets d'un traitement de psychoéducation offert à un groupe de militaires actifs présentant des symptômes en lien avec le déploiement en zone de guerre. Par cette méthode mixte, nous souhaitons obtenir une vue d'ensemble des effets de ce traitement.

Plus précisément, le premier objectif de cette recherche vise à mesurer l'effet du GBSO sur les symptômes de stress post-traumatique ainsi que sur la qualité de vie générale, y compris une variété de symptômes associés à de la détresse psychologique et à des difficultés dans les relations interpersonnelles et dans les rôles sociaux. Le deuxième objectif est d'explorer l'expérience subjective des participants quant à leur trajectoire et à leur participation au GBSO, afin de saisir les changements dans leurs symptômes ainsi que dans la connaissance et la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de la BSO. Cet objectif vise entre autres à compléter le premier objectif en tentant de voir si, au-delà des changements quantitatifs sur le plan des symptômes, il y a aussi des changements dans la perception qu'ont les participants de leurs symptômes, de la BSO

et d'eux-mêmes. Les données quantitatives et qualitatives recueillies auprès des participants visent donc ensemble à évaluer la portée du GBSO. Un troisième et dernier objectif vise à connaître les difficultés vécues par les participants au GBSO ainsi que leur appréciation du GBSO afin de dégager des recommandations visant à améliorer ce programme.

Méthode

Cette section présente la méthode utilisée dans le cadre de cette thèse. Elle contient des informations concernant les participants, le plan expérimental, le déroulement des différentes étapes de l'étude et les instruments de mesure utilisés.

Devis de recherche

La présente recherche fait appel à une méthode mixte d'analyse des données. Ce type de recherche se définit par une approche qui intègre des questions de recherche qualitatives et quantitatives, utilise des méthodes de recherche qualitatives et un modèle de recherche quantitatif et fait appel à des techniques de collecte et d'analyse de données propres à chacun des deux types de méthode dans le but d'obtenir à la fois des résultats qualitatifs et quantitatifs (Pluye et al., 2012). Un tel devis de recherche se doit d'aller au-delà d'une simple juxtaposition de chacune des méthodes, en intégrant les deux méthodes à un moment de l'étude (Pluye & Hong, 2014).

Les devis de recherche mixte sont souvent utilisés pour compenser les limites inhérentes aux méthodes qualitatives et quantitatives et en combiner les forces (Pluye & Hong, 2014). Dans le cadre de la présente recherche, il s'avérerait pertinent de mesurer l'effet du traitement à l'étude à l'aide d'outils conçus pour évaluer la présence et l'intensité des symptômes et largement utilisés dans le milieu clinique où se déroulait

l'expérimentation. Nous avons par ailleurs considéré que des effets du traitement sur la symptomatologie pouvaient être présents sans que les instruments quantitatifs utilisés soient en mesure de les capter. De plus, nous avons pris en compte que l'effet du traitement ne se limitait pas seulement à des changements du point de vue des symptômes, mais aussi à des modifications liées au GBSO dans la connaissance et la perception que se faisaient les participants d'eux-mêmes et de leur condition.

La méthode mixte de recherche se situe entre deux positions épistémologiques, soit entre le paradigme de l'empirisme logique associé aux méthodes empiriques (recherche quantitative) et celui du constructivisme (recherche qualitative). Cette position offre une latitude qui permet au chercheur de mener une recherche en fonction de ses valeurs et de l'angle qui est pour lui le plus pertinent. De ce point de vue, la méthode mixte répond au paradigme pragmatique de la recherche (Tashakkori & Teddlie, 1998) et correspond aussi à ce que l'on peut décrire comme étant une recherche appliquée. La présente recherche a été conduite dans un milieu clinique, et l'intention du chercheur était de s'y introduire et d'y acquérir des connaissances en ayant le moins de répercussions possible sur ce milieu. Cette recherche revêt de ce fait un caractère exploratoire dans un milieu dont le caractère naturel et premier de la mission est, autant que possible, préservé des besoins de la recherche. Nous avons choisi de prendre cette orientation de recherche en tenant compte du contexte qui prévalait dans ce milieu clinique au moment de l'expérimentation, soit un milieu dont les différents protagonistes – clientèle et personnel soignant – étaient déjà très sollicités en raison du déploiement et

du retour de déploiement en Afghanistan. À ce contexte s'ajoutait la mission première de ce milieu clinique, c'est-à-dire la prestation de soins, qui diffère d'un milieu où le cadre et le contexte sont partiellement dédiés à la recherche. Il était selon nous inconcevable de retarder l'offre de soins et d'alourdir le travail des intervenants par la mise en place, par exemple, de groupes témoins ou encore par l'ajout de procédures qui auraient constitué un fardeau pour l'équipe clinique et la clientèle.

Plusieurs devis de recherche utilisant des méthodes mixtes ont été développés au cours des dernières années. Notre devis de recherche correspond à celui nommé *devis à méthode mixte en parallèle* ou *simultanée* (Tashakkori & Teddlie, 1998). Dans ce devis, les données quantitatives (numériques) et qualitatives (narratives) visent un but commun; elles sont recueillies en parallèle, sensiblement au même moment, avec les mêmes participants ou non, et sont analysées de façon indépendante (Corbière & Larivière, 2014). Dans la présente recherche, nous avons analysé les données quantitatives afin de comprendre l'effet du GBSO sur les variables mesurées par les instruments de mesure quantitatifs. Les données des entretiens qualitatifs ont été recueillies et analysées en parallèle, selon une méthode d'analyse inductive générale. Les résultats quantitatifs et qualitatifs sont intégrés au moment de la discussion, afin de faire ressortir le plus d'information possible et de permettre une compréhension élargie de l'effet du GBSO sur les participants.

D'abord, nous souhaitons connaître quantitativement l'évolution de la symptomatologie avant et après le traitement. Les changements obtenus du point de vue des symptômes ont été évalués à l'aide de mesures répétées en pré et post-test; pour ce faire, des analyses statistiques faisant appel à des ANOVA à mesures répétées ont été utilisées. Les résultats obtenus en prétest et en post-test ont aussi été mesurés en utilisant les résultats seuils développés et reconnus pour les différents tests utilisés afin de déceler les améliorations, les détériorations ou les absences de changement entre deux passations de test.

Ensuite, le volet qualitatif de la présente recherche visait à répondre aux deuxième et troisième objectifs de la recherche. Nous souhaitons explorer, dans un premier temps, l'expérience subjective des participants en lien avec la blessure de stress opérationnel (BSO) lors de leur participation au GBSO, afin de saisir les changements opérés sur leurs symptômes ainsi que sur la connaissance et la perception qu'ils avaient d'eux-mêmes et de la BSO. Ce volet qualitatif visait aussi, dans un second temps, à déterminer ce qui constitue, selon les participants, les points forts et les points faibles du GBSO dans le but d'améliorer le traitement.

Une analyse de données utilisant une méthode inductive générale (Blais & Martineau, 2006) a été choisie. Cette méthode d'analyse consiste en une série de procédures liées aux questions de recherche qui permet de traiter des données qualitatives complexes. Elle vise la simplification de ces données afin d'en faire émerger

des catégories et de permettre le passage de l'expérience propre à chacun des participants à une expérience générale sans avoir d'a priori sur les résultats qui seront obtenus. Cette méthode s'avérait pertinente pour cette recherche, compte tenu du caractère exploratoire de cette dernière et de l'absence de catégories déjà existantes dans la documentation ou d'un cadre théorique général préexistant qui aurait permis l'utilisation d'une méthode déductive.

Déroulement de l'étude

Le GBSO est constitué de six séances réparties sur trois semaines. Tous les participants remplissent l'Outcome Questionnaire (OQ-45.2) et l'échelle Posttraumatic Stress Disorder Checklist version militaire (PCL-M) au début de la première séance du GBSO (temps 1). Deux à quatre semaines après la fin des séances, les participants rencontrent individuellement l'un des responsables du groupe pour une rencontre post-GBSO. Lors de cette rencontre, les participants remplissent à nouveau les différents questionnaires d'évaluation faisant partie du protocole établi par les FAC, qui comprennent notamment l'OQ-45.2 et la PCL-M (temps 2). Dans le cadre de cette recherche, dans les quatre semaines suivant la rencontre post-GBSO, les six participants retenus pour l'entretien qualitatif ont rencontré le chercheur principal. Ce dernier n'a eu aucune autre interaction avec les participants au GBSO.

Le recrutement des participants a été réalisé au terme de leur participation au GBSO, lors de la rencontre post-GBSO effectuée par l'un des responsables du groupe.

Les participants ont rempli les questionnaires utilisés au T2 de la recherche quelques minutes avant la rencontre post-GBSO, en même temps que les autres questionnaires faisant partie de la procédure d'évaluation standardisée utilisée dans les cliniques de santé mentale du ministère de la Défense nationale. Pour éviter toute incidence du projet de recherche sur l'objectif clinique de cette rencontre, la participation à la recherche a été offerte à la fin de la rencontre seulement. Par ailleurs, il a été précisé aux participants que l'acceptation ou le refus de participer à l'étude n'allait avoir aucune incidence sur l'orientation de leurs soins et les traitements qu'ils allaient recevoir. Les militaires souhaitant participer à l'étude pour le volet quantitatif devaient consentir à ce que nous utilisions leurs données démographiques ainsi que les résultats des questionnaires qu'ils avaient remplis dans le cadre du GBSO (T1) et ceux qu'ils venaient de remplir (T2); ils ont donc rempli le formulaire de consentement libre et éclairé (voir Appendice A). Parmi ceux ayant accepté de participer au volet quantitatif, six se sont vu offrir par l'intervenant qui faisait la rencontre post-GBSO de participer au volet qualitatif. Cette offre était faite de façon aléatoire en fonction des disponibilités du chercheur à mener les entrevues. Les participants au GBSO qui présentaient une condition mentale trop fragile et auxquels il était peu indiqué de suggérer cette participation ont été exclus. Un formulaire de consentement libre et éclairé distinct (voir Appendice B) était ensuite présenté aux militaires souhaitant participer au volet qualitatif de l'étude. Tous les participants ont été entièrement libres de refuser, et aucune conséquence sur le traitement n'était possible étant donné que celui-ci était déjà terminé.

Participants

Les participants à la recherche sont des militaires des Forces armées canadiennes travaillant sur la base militaire de Valcartier et ayant participé au Groupe sur la blessure de stress opérationnel (GBSO).

Le cheminement vers les GBSO fait suite à une référence médicale au PSTSO. Cette référence est faite par un professionnel de la santé qui a observé chez le militaire des symptômes liés à une BSO ou à un ESPT franc en lien avec les opérations militaires. Le GBSO constitue généralement l'une des premières étapes de traitement au PSTSO avec l'évaluation en psychiatrie. Cette participation au GBSO a lieu soit avant, pendant ou après une évaluation en psychiatrie, en fonction du nombre de demandes de consultation et de la disponibilité des psychiatres à réaliser les évaluations. De façon générale, on essaie de faire en sorte que les militaires puissent commencer rapidement leur démarche de soins à la suite de la référence au PSTSO et que la rapidité des soins ne soit pas tributaire d'une liste d'attente pour l'évaluation en psychiatrie.

L'échantillon total pour le volet quantitatif est composé de 91 militaires qui ont participé au GBSO de façon volontaire. Compte tenu du faible nombre de femmes militaires présentes dans ces cohortes, seuls des hommes ont été retenus pour la recherche. Ceux-ci sont âgés de 22 à 52 ans et l'âge moyen est de 36 ans ($\acute{E}T = 7$). Ils sont tous des militaires de carrière ayant de 4 à 35 ans d'expérience dans les Forces armées canadiennes, pour une moyenne d'années d'expérience de 15 ans ($\acute{E}T = 7,3$). Ils

ont un rang allant de soldat à capitaine. Les grades de caporal et de caporal-chef constituent 64 % de la cohorte. Les participants sont issus des différentes unités de l'armée de terre des FAC. La majeure partie d'entre eux, soit 34 %, appartiennent à l'infanterie. Les métiers de combat, constitués de l'infanterie, de l'artillerie, des blindés et des ingénieurs de combat représentent 68 % de l'échantillon.

Les participants à la recherche ont été déployés entre une et douze fois, pour une moyenne de 2,78 déploiements ($\bar{ET} = 1,9$). Soixante-treize pour cent d'entre eux ont été déployés au moins trois fois dans leur carrière pour des périodes allant de six à neuf mois. Tous les participants ont été déployés au moins une fois en Afghanistan; plus précisément, 25 % des participants ont été déployés au moins une fois à Kaboul, et 86 % d'entre eux ont été déployés au moins une fois dans la région de Kandahar. Le premier lieu de déploiement rapporté par les participants est la Croatie, en 1992, et le dernier est Kaboul, lors de la rotation de 2012-2013.

Au moment de commencer le GBSO, certains participants étaient de retour de mission depuis peu de temps et avaient été référés, notamment, à la suite de la procédure de dépistage postdéploiement. D'autres participants étaient de retour depuis plusieurs mois, voire des années, et pouvaient être déjà sous les soins d'un spécialiste au moment de leur participation au GBSO. Pour ceux qui recevaient déjà des services en santé mentale avant leur participation au GBSO, les motifs de consultation en santé mentale dans des programmes autres que le PSTSO pouvaient être des troubles liés à l'utilisation

de substances, des troubles du sommeil ou de gestion de la colère ou encore des difficultés d'ordre psychosocial, comme des conflits de couple ou des ruptures. Pour certains participants, la symptomatologie était déjà connue, et leur suivi individuel ou une médication étaient commencés, parfois même dans le cadre du PSTSO, mais ceux-ci ne s'étaient pas sentis prêts à intégrer un groupe jusqu'au moment où ils ont accepté la référence.

L'échantillon pour le volet qualitatif est composé de six participants parmi les 91 qui se sont prêtés au volet quantitatif.

Tous les participants ont signé le formulaire de consentement et seuls ceux qui ont refusé ou chez qui un traumatisme crânien a été découvert ont été exclus du protocole de recherche. Aucune distinction entre les participants n'a été faite, qu'il s'agisse de l'âge, du grade ou du métier; seul le sexe a servi de critère de discrimination, pour la raison évoquée précédemment.

Instruments de mesure

La participation au GBSO fait suite à une référence au PSTSO qui implique une procédure d'évaluation qui est standardisée entre les différentes cliniques de santé mentale du ministère de la Défense nationale. Cette procédure est constituée d'une série de questionnaires à remplir et d'une évaluation psychiatrique ou psychologique en vue de poser un diagnostic. Aux fins de la présente étude, les données quantitatives

permettant d'évaluer l'efficacité du GBSO ont été obtenues par l'utilisation en pré et en post-traitement de deux de ces questionnaires, soit l'Outcome Questionnaire (Lambert & Burlingame, 1996) et la Posttraumatic Stress Disorder Checklist version militaire (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993).

L'Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

L'Outcome Questionnaire (OQ-45.2) (voir Appendice C) est un instrument qui a été développé par Lambert et Burlingame (1996) et dont la version française a été traduite et validée par Flynn et al. (2002) sous le nom de Mesure d'Impact (MI-45). Cet instrument est un questionnaire autorapporté qui mesure la qualité de vie générale, une variété de symptômes associés à la détresse psychologique ainsi que les difficultés dans les relations interpersonnelles et dans les occupations (Mueller, Lambert, & Burlingame, 1998). L'instrument est composé de 45 items notés sur une échelle de type Likert à cinq points qui comprend des valeurs allant de *jamaïs* (0) à *presque toujours* (4) et dont le total de points se situe entre 0 et 180. Il prend entre 15 et 20 minutes à remplir, présente une bonne cohérence interne (0,93) et une bonne fidélité test-retest (0,84) (Lambert et al., 1996). L'OQ-45.2 propose un résultat global ainsi que trois sous-échelles. Pour chacune de celles-ci, un résultat seuil est proposé pour indiquer une symptomatologie cliniquement significative, et une certaine différence de points entre deux passations est proposée pour indiquer un changement cliniquement significatif (Lambert & Hill, 1994). Le résultat global est constitué de l'ensemble des résultats obtenus aux sous-échelles et donne une indication de la qualité de vie générale de la personne. Son seuil clinique est

de 63; un résultat en deçà est représentatif d'une population non clinique. La sous-échelle *Symptômes de détresse* (SD) mesure les symptômes de détresse psychologique et permet de déceler les désordres mentaux les plus fréquemment diagnostiqués. On retrouve dans cette sous-échelle des items mesurant les conditions de santé mentale les plus courantes que sont les troubles anxieux, les troubles affectifs, les troubles de l'adaptation et les maladies liées au stress. Un résultat seuil de plus de 36 points est requis pour que le sujet soit représentatif d'une population clinique. La sous-échelle *Relations interpersonnelles* vise à évaluer les difficultés associées à la solitude, aux conflits interpersonnels et aux problèmes conjugaux et familiaux. Cette sous-échelle a un résultat seuil de 15. La sous-échelle *Rôles sociaux* (IR) vise l'évaluation des difficultés de la personne à remplir ses rôles au travail, à la maison et à l'école. Elle permet d'évaluer la présence de conflits au travail, le surmenage, la détresse et l'inefficacité dans l'accomplissement de ses rôles sociaux. Ici, le résultat seuil est établi à 12. L'intérêt clinique de l'OQ-45.2 dans la présente recherche est sa sensibilité aux changements durant la thérapie.

L'OQ-45.2 a notamment été choisi pour faire partie des instruments utilisés dans le cadre de l'initiative relative au Système de surveillance des résultats signalés par les clients (SSRSC). Ce système est utilisé depuis 2014 dans les cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel (TSO) du ministère des Anciens Combattants et le sera tôt ou tard dans les Centres pour trauma et stress opérationnel (CTSO) du ministère de la Défense nationale. Le milieu dans lequel s'est déroulée notre étude

relève de ce dernier ministère. Ce système vise à évaluer l'évolution de la condition psychologique des militaires qui sont en suivi, en identifiant notamment les clients susceptibles de présenter une détérioration de leur état ou d'abandonner leur traitement.

L'échelle de l'état de stress post-traumatique version militaire, ou *Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Military version* (PCL-M)

L'échelle de l'état de stress post-traumatique, ou *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL) (voir Appendice D) est un questionnaire autorapporté utilisé pour identifier et mesurer les symptômes d'ESPT. Elle est aussi communément utilisée pour évaluer les changements dans la symptomatologie pendant le traitement (Sareen, 2014). La PCL existe en trois versions, dont la PCL-M, qui est destinée à la population militaire pour évaluer les répercussions d'une expérience militaire stressante. La PCL a été construite en fonction des critères diagnostiques de l'ESPT du DSM-IV et sa validité a été démontrée avec plusieurs tests évaluant l'ESPT (Weathers et al., 1993). La PCL-M est fréquemment utilisée dans le dépistage postdéploiement et dans les recherches portant sur l'ESPT au retour d'opération (Adler et al., 2009; Bliese et al., 2008; Hoge et al., 2004). Sa fidélité auprès de la population militaire active de retour de déploiement est de 0,93 au Temps 1 et de 0,95 au Temps 2 (Bliese et al.). Elle présente les avantages d'un questionnaire autorapporté que sont la rapidité et la facilité de passation. Les résultats peuvent être notés comme mesure continue de la sévérité des symptômes d'ESPT ou encore comme mesure dichotomique, indiquant un état diagnostique. En ce qui concerne la mesure dichotomique, soit elle inclut un point seuil, soit elle exige une

réponse *modérément* (3) ou plus à un item du groupe B des symptômes (reviviscence), à trois items du groupe C des symptômes (évitement/émoussement) et à deux items du groupe D des symptômes (hyperactivation neurovégétative). Le résultat seuil de signification pour confirmer la présence d'un ESPT dépend de la population et du contexte d'évaluation (Forbes, Creamer, & Biddle, 2001; Hoge et al., 2004; Keen, Kutter, Niles, & Krinsley, 2008). Par exemple, auprès d'une population clinique de vétérans américains, le seuil diagnostique est situé à 50 (Forbes et al.; Weathers et al., 1993), alors que dans un contexte d'évaluation postdéploiement, il se situe entre 30 et 34 (Bliese et al.). Selon une recherche menée auprès de militaires français de retour de déploiement en Afghanistan, l'utilisation d'un score seuil de 44 à la PCL offre une sensibilité de 97 % et une spécificité de 87 % pour le diagnostic de l'ESPT. Avec un seuil de 34, la PCL offre une sensibilité de 78 % et une spécificité de 94 % et permet de repérer les personnes qui ont besoin de services en santé mentale (Paul, Pommier de Santi, Marimoutou, & Deparis, 2013). Auprès d'une population de soldats américains de retour d'Irak, Dickstein et al. (2015) ont déterminé qu'un résultat seuil de 39 à la PCL était optimal pour détecter la présence d'un ESPT. Ils ont aussi mis en relief qu'un seuil de 38 était efficace pour détecter les militaires présentant un ESPT partiel avec un niveau de fonctionnement détérioré par les symptômes. Un seuil de 34, pour sa part, permettrait d'identifier les militaires présentant un EPST partiel avec de légers symptômes.

Pendant notre étude, une nouvelle version de la PCL, la PCL-5 (Weathers et al., 2013), a été développée pour tenir compte des modifications apportées aux critères de l'ESPT présentés dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Ces modifications ont été apportées après le début de notre étude et aucune version française standardisée de la PCL-5 n'a été rendue disponible avant la fin de notre étude.

Canevas d'entrevue individuelle

Pour le volet qualitatif, une entrevue semi-structurée inspirée des objectifs de l'étude (Appendice E) a été élaborée par le chercheur principal afin d'obtenir un portrait plus riche de l'expérience des participants. Ce canevas d'entrevue a ensuite été examinée par les intervenants qui offrent le GBSO ainsi que par la directrice de thèse. Cet examen a permis de valider l'orientation et la formulation des questions en fonction des objectifs de recherche et du programme de traitement évalué. Une entrevue précueillette de données a aussi été effectuée auprès d'un participant au GBSO afin de vérifier la pertinence et la formulation des questions. Quelques modifications en ont découlé et ont permis d'éliminer les questions dont les réponses se révélaient redondantes et trop imprécises. Cette entrevue semi-structurée était composée de 17 questions ouvertes qui pouvaient être ajustées en fonction du récit des participants. Les questions visaient à mieux connaître les difficultés qui avaient motivé leur démarche de consultation, les difficultés et facteurs en lien avec leur décision de consulter, leur expérience durant leur participation au GBSO ainsi que l'évolution de leurs symptômes et de la perception qu'ils avaient de leurs difficultés et d'eux-mêmes. Finalement, l'entrevue visait aussi à

connaître la satisfaction des participants et leurs recommandations en vue d'améliorer le GBSO. La durée de l'entrevue était d'environ une heure.

Méthode d'analyse des données

Données quantitatives

Dans un premier temps, les résultats obtenus à l'échelle globale ainsi qu'aux trois sous-échelles de l'OQ-45.2 en pré et en post-traitement ont été comparés au moyen d'ANOVA à mesures répétées. Cela a permis d'évaluer si les résultats obtenus par la cohorte lors de la passation de tests et après la condition expérimentale répondaient aux critères de changement statistiquement significatif pour chacune des dimensions mesurées par l'instrument. Le même exercice a été réalisé avec la mesure continue de la PCL-M afin de mesurer l'effet du traitement sur les symptômes d'ESPT de la cohorte ainsi qu'en comparant les résultats aux trois dimensions diagnostiques que sont les reviviscences, l'évitement/émoussement et l'hyperactivation neurovégétative, dans le but de voir si le traitement était plus efficace sur l'un ou l'autre de ces groupes de symptômes cardinaux.

Les analyses ci-dessus nous permettaient d'obtenir des résultats pour l'ensemble du groupe, mais nous avons aussi utilisé les résultats seuils employés dans l'OQ-45.2 et la PCL-M pour décrire les améliorations ou les détériorations de la condition ou encore l'absence de changement chez chacun des participants évalués. Nous avons comparé les

résultats obtenus en pré et post-traitement afin de déterminer l'efficacité du traitement d'un point de vue quantitatif pour chaque participant.

Données qualitatives

L'utilisation des données obtenues par la méthode qualitative avait comme premier objectif d'explorer l'expérience subjective des participants en ce qui a trait à leur trajectoire et à leur participation au GBSO, afin de saisir les changements opérés sur leurs symptômes ainsi que sur la connaissance et la perception qu'ils avaient d'eux-mêmes et de la BSO. De plus, nous avons comme objectif d'apprendre ce qui constitue, selon les participants, les points forts et les points faibles de ce programme, dans le but d'apporter à ce dernier des améliorations en fonction des éléments recueillis.

Pour réaliser ces objectifs, nous avons procédé à un entretien semi-structuré avec six participants au GBSO. Le nombre de participants retenus a été jugé suffisant pour obtenir la saturation des données (Paillé & Mucchielli, 1994) et réaliste pour mener à bien une étude dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie clinique.

Compte tenu du caractère exploratoire de la présente recherche, nous avons choisi l'analyse inductive générale comme méthode d'analyse des données (Blais & Martineau, 2006). Ce type d'analyse est une synthèse des principales approches d'analyse qualitative des données. Elle permet de simplifier les données en suivant un ensemble de procédures afin de faire émerger des catégories et de produire de nouvelles

connaissances en recherche, tout en demeurant proche du matériel recueilli auprès des participants (Blais & Martineau). L'analyse inductive générale permet tout d'abord de créer des catégories à partir des thèmes émergents dans le texte et de les regrouper entre elles en fonction des liens qui les unissent. Cette démarche d'analyse permet de produire une riche synthèse des données recueillies et de mettre en lumière les catégories les plus révélatrices en regard des objectifs de la recherche (Blais & Martineau). La deuxième étape consiste à établir des liens entre les objectifs de la recherche et les catégories découlant des données brutes. Compte tenu du caractère exploratoire de notre recherche, nous avons convenu de ne pas procéder à la dernière étape de l'analyse inductive, c'est-à-dire le développement d'un cadre de référence basé sur les catégories relevées.

Afin de faciliter l'analyse qualitative, les entretiens semi-structurés ont été enregistrés sur un support audio dont le verbatim a été saisi dans un fichier Word. Le chercheur a lu les six entrevues afin de se familiariser avec l'ensemble des données. L'établissement et la description des premières catégories ont été effectués en attribuant des codes de façon progressive et linéaire au contenu du verbatim de la première entrevue. La première codification d'une entrevue a été soumise à la directrice de thèse afin de valider les thèmes retenus et la démarche d'analyse. Une démarche similaire a été suivie pour les deuxième et troisième entretiens. La codification a donné lieu à la création de plusieurs catégories qu'il a été nécessaire de décrire afin de s'assurer de leur validité et de faciliter la vérification interjuge. Les données ont ensuite été traitées à l'aide du logiciel WeftQDA, qui permet de procéder à des analyses thématiques propres

aux méthodes de recherche qualitative. Tout au long de la codification et au fur et à mesure que des catégories étaient créées, celles-ci ont été divisées et hiérarchisées selon les relations qu'elles entretenaient entre elles. Nous avons obtenu un arbre thématique qui illustre les différentes catégories et les liens entre elles. Nous avons poursuivi la démarche de codification pour les cinq autres entretiens dans lesquels de nouvelles catégories ont émergé. Nous avons convenu de la pertinence d'organiser l'arbre thématique (voir Appendice F) en fonction de la chronologie, c'est-à-dire en fonction du cheminement du participant dans les soins, ce qui était aussi cohérent avec la séquence et le construit des questions contenues dans l'entretien semi-structuré. La révision et le raffinement des catégories ont donné lieu à des modifications, des fusions et des regroupements de catégories en fonction de leur récurrence et de notre intention de mettre en évidence des aspects qui se rapportaient directement à nos intérêts de recherche. Tout au long du processus de codification et d'analyse, plusieurs échanges ont eu lieu entre le chercheur principal et la directrice de thèse afin de valider la structure de l'arbre thématique et d'augmenter la validité des résultats.

Considérations éthiques

Le but de cette recherche est de connaître l'effet d'un traitement offert dans un milieu clinique qui a connu, à la suite de l'intervention militaire du Canada en Afghanistan, une hausse importante des demandes de service. La réalité de ce contexte a conduit à faire une recherche entraînant le moins de répercussions possible sur ce milieu de soins et sa clientèle. Ainsi, dans cette étude, les instruments de mesure quantitatifs

utilisés font partie intégrante du cadre d'évaluation et de traitement des militaires qui sont référés au GBSO indépendamment du projet de recherche. L'entrevue qualitative, pour sa part, a été ajoutée à cette procédure. Elle n'a pas eu d'effet sur le traitement, puisqu'elle se déroulait après celui-ci et ne se substituait pas à l'évaluation d'orientation. Si un patient avait été déstabilisé par cet entretien, il aurait pu être orienté vers le service de première ligne pour un suivi en urgence. Avec l'autorisation du participant, l'évaluateur aurait aussi pu aviser le responsable du programme de traitement pour l'informer de la condition du participant. Cette démarche n'a pas été nécessaire. Les participants à cette entrevue ont tous été informés des objectifs de l'étude au préalable. Tous les participants à la recherche ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé, tant pour la participation à l'entrevue semi-structurée (voir Appendice A) que pour l'utilisation des résultats aux questionnaires aux fins de la recherche (voir Appendice B).

Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke. Afin que cette recherche puisse être menée auprès de la population militaire et dans les installations des Forces armées canadiennes, l'autorisation du Comité de recherche du médecin-chef des Forces armées canadiennes a été obtenue.

Résultats

La section des résultats de l'étude comporte trois parties. La première présente les données descriptives de la symptomatologie des participants en fonction des seuils diagnostiques obtenus lors de la première passation des tests psychométriques. La deuxième présente les résultats quantitatifs du projet de recherche; elle cherche à répondre au premier objectif de l'étude, qui est de connaître l'évolution de la symptomatologie à la suite de la participation au GBSO. La troisième partie présente les résultats qualitatifs, qui ont pour but d'appuyer les résultats quantitatifs ainsi que de répondre aux deuxième et troisième objectifs de la recherche : explorer l'expérience subjective des participants relativement à leur perception des changements qui se sont opérés après le GBSO, et connaître les difficultés vécues par les participants durant le GBSO ainsi que leur appréciation de ce programme afin de dégager des recommandations permettant de l'améliorer.

Présentation des données descriptives des participants

Les données descriptives visent à décrire l'échantillon à l'étude en fonction des résultats obtenus lors de la première passation de la PCL-M et de l'OQ-45.2. Nous souhaitons ainsi décrire le nombre et le pourcentage de participants qui répondent aux seuils diagnostiques de l'ESPT établis par la PCL-M de même que le nombre et le pourcentage de participants qui rencontrent les seuils cliniques, c'est-à-dire les seuils

représentatifs d'une population en consultation pour des motifs de santé mentale, établis par l'échelle globale de l'OQ-45.2 ainsi que ses trois sous-échelles. Ces résultats sont résumés au Tableau 1.

Tableau 1

Nombre (n) et pourcentage de participants répondant aux critères de seuils cliniques en fonction des outils psychométriques utilisés

Outils psychométriques et seuils cliniques utilisés	<i>n</i> (91)	%
PCL-M > 34	91	100
PCL-M > 39	86	94,5
PCL-M > 50	75	82,4
OQ-45.2, échelle globale > 63	82	90,1
OQ-45.2, sous-échelle SD > 36	83	91,2
OQ-45.2, sous-échelle IR > 15	75	82,4
OQ-45.2, sous-échelle SR > 12	80	87,9

Données descriptives des participants selon la PCL-M

La PCL-M a fait l'objet de plusieurs recherches et son seuil diagnostique permettant de détecter la présence d'un ESPT varie selon les populations et les contextes de passation. Étant donné que notre échantillon, composé de militaires canadiens, n'a jamais fait l'objet de recherche de ce genre, il nous est nécessaire de nous inspirer de recherches effectuées auprès de populations similaires. Ainsi, selon des études

précédentes, un seuil clinique de 34 à la PCL-M permettrait d'identifier des militaires américains présentant un ESPT partiel avec de légers symptômes (Dickstein et al., 2015), de repérer des militaires français qui ont besoin de services en santé mentale (Paul et al., 2013) ou encore de reconnaître un ESPT chez des militaires américains dans un contexte d'évaluation postdéploiement (Bliese et al., 2008). Tous les participants à la présente recherche ($N = 91$) répondent à ce seuil diagnostique. Un résultat seuil de 39 a pour sa part été déterminé comme étant optimal pour diagnostiquer un ESPT chez des militaires américains de retour d'Irak (Dickstein et al.). Avec ce seuil, 94,5 % ($n = 86$) des participants à notre recherche répondent aux critères diagnostiques d'ESPT. Finalement, un résultat de 50 à la PCL-M est celui qui a été retenu auprès d'une population clinique de vétérans américains par Forbes et al. (2001) et par Weathers et al. (1993). Avec ce seuil, 82,4 % ($n = 75$) des participants répondent aux critères diagnostiques d'ESPT.

Données descriptives des participants selon l'OQ-45.2

Rappelons que l'OQ-45.2 possède des résultats seuils développés par Lambert et Hill (1994) qui visent à discriminer une population clinique d'une population non clinique. Le résultat seuil pour l'échelle globale, qui mesure la qualité de vie en général et qui permet de catégoriser une population clinique, est situé à 63. Parmi les participants à notre recherche, 90 % ($n = 82$) correspondent à une population clinique, c'est-à-dire à des personnes dont la qualité de vie en général est atteinte et qui sont en traitement pour des problèmes d'ordre psychologique.

À la sous-échelle *Symptômes de détresse* (SD), 91,2 % des participants à notre recherche ($n = 83$) ont eu un résultat égal ou supérieur à 36. Ces participants correspondent à une population clinique en consultation pour les conditions de santé mentale les plus courantes que sont les troubles anxieux, les troubles affectifs, les troubles de l'adaptation et les maladies liées au stress.

En ce qui concerne la sous-échelle *Relations interpersonnelles* (IR), elle nécessite un résultat de 15 points et plus afin de discriminer une population présentant des difficultés associées à la solitude, aux conflits interpersonnels et aux problèmes conjugaux et familiaux. Parmi les participants à notre recherche, 82,4 % correspondent à cette population ($n = 75$).

Finalement, 87,9 % ($n = 80$) des participants à la recherche ont eu un résultat de 12 points et plus à la sous-échelle *Rôles sociaux* (SR). Ce résultat correspond à une population présentant des conflits au travail, du surmenage, de la détresse et de l'inefficacité dans l'accomplissement de ses rôles sociaux.

Présentation des résultats aux analyses quantitatives

Les analyses quantitatives réalisées visent à connaître l'évolution de la symptomatologie après la participation au GBSO. Les changements obtenus en matière de symptômes sont observés à l'aide de mesures répétées en pré et post-test effectuées au moyen de la PCL-M ainsi que de l'OQ-45.2. Nous avons d'abord mené des analyses

statistiques faisant appel à des ANOVA à mesures répétées afin de connaître l'incidence du traitement sur l'ensemble des participants. Ensuite, les résultats obtenus en prétest et post-test ont été analysés à la lumière des seuils cliniques reconnus pour les outils psychométriques utilisés afin de déceler une amélioration ou une détérioration des symptômes ou encore l'absence de changement cliniquement significatif pour chacun des participants.

Analyse de variance à mesures répétées à la PCL-M

La PCL-M est un questionnaire autorapporté utilisé pour identifier et mesurer les symptômes d'ESPT liés à une expérience militaire stressante. L'analyse des résultats recueillis aux temps de mesure 1 et 2 (T1 et T2) avec cet instrument nous permet de mesurer les changements obtenus pour l'ensemble de la cohorte après la participation au GBSO, tant sur l'échelle globale de la PCL-M qu'à chacun des trois groupes de symptômes cardinaux constituant la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2

Analyse de variance à mesures répétées – PCL-M

Résultats PCL-M	Prétest (T1)	Post-test (T2)	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)			
Échelle globale	57,7 (10,9)	55,3 (11,7)	7,517**	0,007	0,077
Reviviscence	16,1 (4,8)	14,9 (4,8)	10,498**	0,002	0,104
Évitement/émoussement	22,5 (5,0)	22,2 (5,4)	0,583	0,447	0,006
Hyperactivation neurovégétative	19,1 (3,6)	18,2 (4,0)	7,716**	0,007	0,079

N = 91; ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

L'échelle globale représente l'ensemble des résultats obtenus à la PCL-M, soit la somme de tous les symptômes formant les trois groupes de symptômes cardinaux de l'ESPT. Une analyse de la variance à mesures répétées sur l'échelle globale de la PCL-M montre une diminution statistiquement significative du nombre de points entre le temps 1 ($M = 57,7$; $ÉT = 10,9$) et le temps 2 ($M = 55,3$; $ÉT = 11,7$) pour l'échantillon total ($F(91) = 5,517$; $p = 0,007$). La taille d'effet obtenue est moyenne ($\eta^2 = 0,077$). Il y a donc une amélioration significative des symptômes globaux de stress post-traumatique à la suite de la participation au GBSO.

Nous avons effectué les mêmes analyses pour les symptômes cardinaux de l'ESPT présents dans la PCL-M que sont les reviviscences, l'évitement/émoussement et l'hyperactivation neurovégétative.

Pour l'ensemble des participants au GBSO, les résultats relatifs aux symptômes de reviviscence montrent une diminution statistiquement significative du nombre de points entre les résultats au temps 1 ($M = 16,1$; $ET = 4,8$) et au temps 2 ($M = 14,9$; $ET = 4,8$) pour l'échantillon total ($F(91) = 10,498$; $p = 0,002$). La taille d'effet est moyenne ($\eta^2 = 0,104$).

Les résultats des analyses portant sur les symptômes relatifs à l'hyperactivation neurovégétative montrent une diminution statistiquement significative du nombre de points entre les résultats au temps 1 ($M = 19,1$; $ET = 3,6$) et au temps 2 ($M = 18,2$; $ET = 4,0$) pour l'échantillon total ($F(91) = 7,716$; $p = 0,007$). La taille d'effet est moyenne ($\eta^2 = 0,079$).

Ces résultats démontrent une amélioration significative quant aux symptômes de reviviscence et d'hyperactivation neurovégétative à la suite de la participation au GBSO.

Finalement, en ce qui concerne les symptômes d'évitement/émoussement, les résultats pour l'ensemble des participants ne démontrent pour leur part aucune différence statistiquement significative du nombre de points entre les résultats obtenus au temps 1

($M = 22,5$; $\acute{E}T = 5,0$) et au temps 2 ($M = 22,2$; $\acute{E}T = 5,4$) pour l'échantillon total ($F(91) = 0,583$; $p = 0,447$). Il ne semble donc pas y avoir de changement quant aux symptômes d'évitement/émoussement à la suite de la participation au GBSO.

Analyse de variance à mesures répétées à l'Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

Le questionnaire Outcome Questionnaire (OQ-45.2), rempli au temps 1 et au temps 2, nous permet de mesurer l'évolution des indicateurs liés à la qualité de vie suivant la participation au GBSO entre les deux temps de mesure. Rappelons que cet instrument est un questionnaire autorapporté de type Likert composé d'une échelle globale ainsi que de trois sous-échelles que sont a) *Symptômes de détresse*, b) *Relations interpersonnelles* et c) *Rôles sociaux*. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 3.

Tableau 3

Analyse de variance à mesures répétées – OQ-45.2

Résultats OQ-45	Prétest (T1)	Post-test (T2)	F		
	$M (\acute{E}T)$	$M (\acute{E}T)$			
Globale	91,6 (23,2)	87,1 (24,9)	8,707**	p	η^2
SD	54,0 (13,3)	50,6 (14,0)	11,689**	0,004	0,088
IR	20,2 (6,7)	19,2 (7,7)	4,539*	0,001	0,115
SR	17,4 (5,5)	17,3 (5,9)	0,035	0,036	0,048

N=91, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

L'échelle globale est composée des résultats obtenus à l'ensemble des trois sous-échelles et constitue une mesure de la qualité de vie générale. Les analyses de variance à mesures répétées montrent pour cette échelle une diminution statistiquement significative du nombre de points suivant la participation au GBSO entre le temps 1 ($M = 91,6$; $ÉT = 23,2$) et le temps 2 ($M = 87,1$; $ÉT = 24,9$) pour l'échantillon total ($F(91) = 8,707$; $p = 0,004$). La taille d'effet est moyenne ($\eta^2 = 0,088$). Ces résultats montrent donc une amélioration de la qualité de vie générale à la suite de la participation au GBSO.

La sous-échelle *Symptômes de détresse* (SD) mesure les symptômes de détresse psychologique et permet de reconnaître les désordres mentaux les plus fréquemment diagnostiqués, tels que les troubles anxieux, les troubles affectifs, les troubles de l'adaptation et les maladies liées au stress. Les résultats obtenus à cette sous-échelle montrent une diminution statistiquement significative du nombre de points entre le temps 1 ($M = 54,0$; $ÉT = 13,3$) et le temps 2 ($M = 50,6$; $ÉT = 14,0$) pour l'échantillon total ($F(91) = 11,689$; $p = 0,001$). La taille d'effet est moyenne ($\eta^2 = 0,115$). Il y a donc également une amélioration en ce qui concerne les symptômes de détresse à la suite de la participation au GBSO.

Les résultats à la sous-échelle *Relations interpersonnelles* (IR), une mesure des difficultés associées à la solitude, aux conflits interpersonnels ainsi qu'aux problèmes conjugaux et familiaux, montrent une diminution statistiquement significative du

nombre de points entre le temps 1 ($M = 20,2$; $ÉT = 6,7$) et le temps 2 ($M = 19,2$; $ÉT = 7,7$) pour l'échantillon total ($F(91) = 4,539$; $p = 0,036$). La taille d'effet est petite ($\eta^2 = 0,048$). Les résultats font donc état d'une amélioration en ce qui a trait aux relations interpersonnelles à la suite de la participation au GBSO.

Par ailleurs, en ce qui concerne la sous-échelle *Rôles sociaux* (SR), qui évalue l'intensité des difficultés de la personne à remplir ses rôles au travail et à la maison, les résultats ne montrent pas de différence significative dans le nombre de points obtenus entre le temps 1 ($M = 17,4$; $ÉT = 5,5$) et le temps 2 ($M = 17,3$; $ÉT = 5,9$) pour l'échantillon total ($F(91) = 0,035$; $p = 0,853$). Selon les résultats, il ne semble donc pas y avoir d'amélioration quant à la satisfaction et à la performance liées aux rôles sociaux à la suite de la participation au GBSO.

Analyses individuelles des données en fonction de l'utilisation des résultats seuils indicateurs de changement clinique

Nous avons aussi analysé les résultats obtenus à la lumière des seuils qui ont été développés pour la PCL-M et l'OQ-45.2 comme indicateurs de changement entre deux temps de mesure. À la différence des analyses précédentes qui évaluaient les résultats pour l'ensemble des participants, l'analyse des résultats en fonction de ces seuils permet d'établir la présence d'un changement clinique en calculant la différence obtenue entre deux passations de test, et ce, pour chacun des participants. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le Tableau 4.

La PCL-M dispose de deux seuils cliniques pour analyser le résultat global obtenu à ce test. Le premier nécessite un changement de 5 à 10 points et constitue une mesure fiable qui indique que les changements entre deux passations ne sont pas dus au hasard. Le deuxième seuil clinique se situe entre 10 à 20 points de différence entre deux passations. Le Veteran Affairs National Center for PTSD recommande d'utiliser une différence de 5 à 10 points comme seuil minimal afin de déterminer si un sujet a répondu au traitement et une différence de 10 points et plus comme seuil pour déterminer si le changement est cliniquement significatif (Monson et al., 2008). Si une différence positive indique une amélioration, une différence négative utilisant les mêmes seuils indique une détérioration de la condition. Les résultats ne correspondant à aucun des seuils indiquent une absence de changement.

Tableau 4

Résultats individuels en fonction des seuils cliniques pour les tests utilisés

Instruments et seuils cliniques utilisés	Amélioration		Détérioration		Absence de changement	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
PCL-M Différence 5 points et +	34	37,4	17	18,7	40	44
PCL-M Différence 10 points et +	17	18,7	7	7,7	67	73,6
OQ-45.2, Échelle globale Différence 14 points et +	21	23,1	6	6,6	64	70,3
OQ-45.2, Échelle SD Différence 10 points et +	24	26,4	6	6,6	61	67
OQ-45.2, Échelle IR Différence 8 points et +	7	7,7	4	4,4	80	87,9
OQ-45.2, Échelle SR Différence 7 points et +	2	2,2	4	4,4	85	93,4

Note. Amélioration = différence positive entre T1 et T2 répondant aux seuils cliniques. Détérioration = différence négative entre T1 et T2 répondant aux seuils cliniques. Absence de changement = seuils cliniques non atteints, quelle que soit la direction du changement.

À la lumière des analyses, nous constatons qu'en utilisant le résultat seuil de 10 points de différence et plus entre les deux passations de la PCL-M, une majorité de participants, soit 73,4 % ($n = 67$) d'entre eux, ne présentent pas de changement clinique significatif sur le plan des symptômes de stress post-traumatique à la suite du GBSO.

Toutefois, une importante proportion des participants, soit 18,7 % ($n = 17$), rapportent une amélioration cliniquement significative de leur symptomatologie à la suite de leur participation au GBSO. Finalement, les analyses révèlent que 7,7 % ($n = 7$) des participants rapportent une détérioration de leur symptomatologie à la suite du GBSO.

L'OQ-45.2 a pour sa part été développé spécifiquement pour évaluer l'efficacité des thérapies par l'observation des changements par rapport aux seuils cliniques. Son score global et ses sous-échelles disposent de résultats seuils distincts, développés par Lambert et Hill (1994) qui permettent de déterminer la présence d'amélioration et en contrepartie, de détérioration ou encore d'absence de changement. Une différence de 14 points et plus est nécessaire au score global de l'OQ-45.2 pour déterminer un changement significatif. Il est de 10 points et plus pour la sous-échelle *Symptômes de détresse* (SD), de huit points et plus pour la sous-échelle *Relations interpersonnelles* (IR) et finalement de sept points et plus pour la sous-échelle *Rôles sociaux* (SR).

À la lecture des résultats des analyses faisant appel à ces seuils, nous observons qu'une majorité des participants, soit 70,3 % ($n = 64$) d'entre eux, ne présentent pas de changement à l'échelle globale de l'OQ-45.2 entre les deux passations de test, comme nous pouvons le constater dans le Tableau 4. Cette tendance est la même dans des proportions variées pour chacune des sous-échelles mesurées par cet instrument psychométrique. Il y a donc, de façon générale, plus de participants qui n'ont pas présenté de changement que de participants qui ont présenté une amélioration ou une

détérioration de leurs symptômes. Nous observons aussi que parmi les participants ayant présenté des changements, il s'agit pour la plupart des échelles d'amélioration plutôt que de détérioration. Ainsi, il y a pratiquement quatre fois plus de participants qui ont présenté une amélioration plutôt qu'une détérioration à l'échelle globale ainsi qu'à la sous-échelle *Symptômes de détresse* (SD). Il en va de même pour la sous-échelle *Relations interpersonnelles* (IR), mais dans une proportion moindre. Seule la sous-échelle *Rôles sociaux* (SR) présente un pourcentage plus élevé de détérioration, soit de 4,4 % (n = 4), que d'amélioration, dont le pourcentage est de 2,2 % (n = 2). Cependant, le nombre de participants concernés par cette différence est faible.

Maintenant que nous avons présenté les résultats quantitatifs du projet de recherche, la prochaine section exposera les résultats obtenus aux analyses qualitatives.

Présentation des résultats aux analyses qualitatives

Le volet qualitatif de la présente recherche vise à répondre aux deuxième et troisième objectifs de la recherche. Nous souhaitons explorer dans un premier temps l'expérience subjective des participants en lien avec la blessure de stress opérationnel (BSO) quant à leur cheminement vers le GBSO et à leur participation à celui-ci, afin de saisir les changements qui se sont opérés sur leurs symptômes ainsi que sur la connaissance et la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de la BSO. Ce volet qualitatif vise aussi, dans un second temps, à identifier ce qui constitue, selon les participants, les

points forts et les points faibles du GBSO dans le but d'améliorer le traitement. Afin de répondre à ces objectifs, nous avons fait appel à une méthode inductive générale.

L'analyse des entrevues et leur codification nous ont permis de faire ressortir sept *catégories principales* qui regroupent un certain nombre de *grandes catégories*. Certaines de ces grandes catégories sont divisées en *catégories*, qui sont elles-mêmes subdivisées en un ou deux niveaux de *sous-catégories*. Les catégories principales ainsi que les grandes catégories sont présentées au Tableau 5, qui offre une vue d'ensemble des deux premiers niveaux de la catégorisation.

Nous présenterons ici les résultats dans le même ordre que dans la grille de catégorisation ci-dessus. Cet ordre témoigne du parcours des participants – y compris les manifestations de la BSO, les obstacles rencontrés dans leur demande d'aide et, finalement, leur participation au GBSO – comme ils l'ont rapporté lors de l'entrevue que nous avons menée en post-intervention. Les sept catégories principales seront présentées et chacune d'elles sera détaillée en fonction des catégories et des sous-catégories qui la compose. Les différents niveaux de catégorie seront écrits en italique dans le texte afin de faciliter leur identification dans la présentation des résultats et la discussion. Des extraits d'entrevue illustreront la description des catégories dans la présentation des résultats.

Tableau 5

Portrait global des résultats – Grille de catégorisation

Catégories principales	Grandes catégories
A) Manifestations de la blessure de stress opérationnel (BSO) chez les participants	<ol style="list-style-type: none"> 1. Présence de symptômes liés à la BSO 2. Stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO 3. Répercussions des manifestations de la BSO
B) Facteurs nuisibles à l'intervention sur le problème par la consultation en santé mentale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non-reconnaissance ou minimisation du problème 2. Honte et jugement envers soi-même et les autres en lien avec les a priori présents dans le milieu militaire 3. Inconfort relativement au contact avec ses émotions et au dévoilement de soi 4. Tolérance du milieu face à la colère 5. Non-priorisation des soins ou indisponibilité aux soins en raison des exigences du travail 6. Crainte des répercussions sur la carrière 7. Méconnaissance des traitements en santé mentale
C) Facteurs impliqués dans la motivation à consulter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observations et recommandations venant d'autrui 2. Sentiment de perte de contrôle et souci des répercussions de la condition 3. Constat que la consultation est la seule option
D) Expérience vécue durant la participation au GBSO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expérience vécue sur le plan cognitif 2. Expérience vécue sur le plan émotionnel

Tableau 5

Portrait global des résultats – Grille de catégorisation (suite)

E) État après la participation au GBSO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persistance des symptômes 2. Atténuation des symptômes 3. Perception d'augmentation des symptômes 4. Persistance de l'appréhension 5. Persistance de la fragilité émotionnelle 6. Poursuite de l'utilisation des stratégies de gestion des symptômes 7. Motivation à poursuivre les soins offerts 8. Capacité à communiquer à autrui ses observations sur sa condition 9. Cheminement dans l'acceptation de sa condition
F) Appréciation du GBSO par les participants	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques des intervenants et de leurs interventions 2. Contenu et présentation générale et non spécifique à une seule personne 3. Liberté de participation active ou non et respect de l'intimité 4. Comparaison avec d'autres formations en santé mentale offertes dans les Forces armées canadiennes
G) Recommandations des participants en ce qui a trait aux difficultés ou aux insatisfactions vécues dans le GBSO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Être stable émotionnellement avant de participer au GBSO 2. Informer les participants de se présenter en tenue civile 3. Donner des références dans le cahier du participant 4. Essayer les techniques de respiration durant les séances 5. Augmenter le nombre de séances et diminuer la durée de chacune 6. Formaliser l'engagement et la disponibilité à la participation au GBSO

Première catégorie principale : A) Manifestations de la blessure de stress opérationnel (BSO) chez les participants

Les participants au GBSO sont référés à ce groupe lors du diagnostic d'une BSO ou en raison de la présence soupçonnée d'une BSO. Les réponses obtenues lors de l'entrevue menée dans le cadre de cette recherche témoignent de la présence de manifestations de BSO, qui s'exposent par la présence de symptômes et la mise en place spontanée à travers le temps de stratégies personnelles visant à gérer ces symptômes. Ces symptômes ainsi que les stratégies de gestion déployées ont des répercussions dans différents aspects de la vie des participants et sur leur environnement. Ainsi, les trois grandes catégories qui composent la première catégorie principale sont la *présence de symptômes liés à la BSO*, les *stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO* et les *répercussions des manifestations de la BSO*. Le Tableau 6 présente les catégories qui composent la première grande catégorie, c'est-à-dire la *présence de symptômes liés à la BSO* chez les participants.

Tableau 6

Grande catégorie : 1. Présence de symptômes liés à la BSO

Catégories
1.1 Idéation suicidaire
1.2 Symptômes dépressifs
1.3 Symptômes anxieux
1.4 Symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT)

Voici un extrait d'entrevue qui permet d'illustrer cette grande catégorie ainsi que deux catégories regroupées sous celle-ci, soit l'*idéation suicidaire* et les *symptômes dépressifs* qui se sont manifestés après un déploiement en milieu opérationnel :

Les idées noires ont commencé en 2004 au retour d'Afghanistan. Je buvais beaucoup et quand j'étais en boisson, j'avais un mal... moi j'appelais ça le mal à l'âme. Je pleurais et je voulais mourir, je me sentais mal. Moi j'ai pris une caisse de bière à partir du moment que je suis arrivé d'Afghanistan, jusqu'au mois de décembre, à tous les jours c'était 12 bières, alors je tombais, j'étais en boisson, mais j'étais drôle. Ma conjointe ne me trouvait pas drôle, mes enfants me trouvaient drôle. Alors j'étais de bonne humeur artificiellement et le soir je braillais et je voulais mourir. (Participant 1)

Cet exemple illustre aussi la proximité entre la *présence de symptômes liés à la BSO* et la grande catégorie suivante, c'est-à-dire les *stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO*. Il s'agit dans le cas présent de la catégorie de la *consommation abusive d'alcool ou de substances*. Le Tableau 7 présente les catégories regroupées sous cette deuxième grande catégorie.

Tableau 7

Grande catégorie : 2. Stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO

Catégories
2.1 Consommation abusive d'alcool ou de substances
2.2 Évitement ou isolement
2.3 Surinvestissement dans les activités physiques ou le travail
2.4 Demande de mutation

Les *stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO* consistent dans les moyens déployés par les participants pour gérer leur condition. L'exemple suivant illustre bien les stratégies que sont la *consommation abusive d'alcool ou de substances*, le *surinvestissement dans les activités physiques ou le travail* et la *demande de mutation* :

Ben j'ai fui beaucoup, j'ai fui dans la boisson, j'ai fui dans le travail. J'ai demandé un *posting* pour m'en aller de Québec parce que le rythme de travail était trop élevé, j'ai demandé un *posting* au Nouveau-Brunswick. Et puis suite au Nouveau-Brunswick, ça allait mal dans ma vie familiale, dans ma vie. La façon dont je me sentais, les colères et tout ça... alors j'ai décidé de changer de métier. Alors de Gagetown je me suis ramassé à Borden, j'ai changé de métier, j'ai performé partout où je suis allé, j'ai fait deux cours dans les FC et les deux fois j'ai fini premier de cours. Et suite à ce cours-là et bien j'ai été posté à Valcartier, là eh bien ma vie a basculé complètement. Séparation, c'est ça là. (Participant 1)

Alors que cet extrait expose différentes tentatives du participant de gérer sa condition, il se termine par une séparation et nous conduit vers la grande catégorie suivante, *répercussions des manifestations de la BSO*, dont les différentes catégories sont présentées dans le Tableau 8.

Tableau 8

Grande catégorie : 3. Répercussions des manifestations de la BSO

Catégories
3.1 Répercussions sur le fonctionnement ou l'adaptabilité aux différents milieux
3.2 Répercussions sur la qualité de vie
3.3 Répercussions sur la santé ou la sécurité pour soi et pour les autres
3.4 Répercussions sur les relations interpersonnelles

La grande catégorie *répercussions des manifestations de la BSO* et ses catégories décrivent les conséquences de la BSO sur les différentes sphères de la vie de la personne et sur son entourage. Ces répercussions sont variées et vont d'un inconfort personnel à des risques de létalité pour soi et pour les autres.

Voici un extrait d'entrevue qui illustre les répercussions regroupées sous les catégories *répercussions sur les relations interpersonnelles* et *répercussions sur le fonctionnement ou l'adaptabilité aux différents milieux* :

C'est surtout qu'autour de moi, ma famille eux autres m'entendent et ma femme elle quand elle m'entend hurler pendant que je dors, elle ça lui fait peur et elle n'est pas capable de s'endormir après. Alors c'était en train de détruire notre nid, ça c'est une chose et l'agressivité et bien un moment donné ça te suit partout, au travail comme à l'extérieur du travail là. Alors c'est ça tu es prime et des fois tu ne réagis pas comme tu devrais, autant avec ta famille qu'avec des inconnus. Au travail ce n'est pas pire, on est des militaires alors on est habitué de se parler en... de se dire ce qui en est, c'est juste désagréable. Mais au civil, c'est une autre histoire, le monde n'est pas habitué à *dealer* avec ça, et mes enfants et ma femme n'ont pas à subir ça non plus. (Participant 4)

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les participants ont rapporté des manifestations de la BSO; celles-ci sont mises en lumière par des symptômes, entraînent de nombreuses répercussions et sont gérées tant bien que mal par des *stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO*. Le recours à des services professionnels ne ressort pas comme une stratégie déployée en premier lieu par les participants. La catégorie principale suivante fait état des obstacles rapportés par les participants qui ont été pour eux des freins dans une démarche visant à intervenir sur leur problème par la consultation auprès des services en santé mentale.

Deuxième catégorie principale : B) Facteurs nuisibles à l'intervention sur le problème par la consultation en santé mentale

Selon les données recueillies lors des entrevues, le parcours de soins vers le GBSO fut souvent entravé par différents facteurs défavorables qui ont contribué à prolonger le délai avant d'entreprendre une démarche de consultation. La catégorie principale *facteurs nuisibles à l'intervention sur le problème par la consultation en santé mentale* comporte sept grandes catégories qui mettent en relief les différents éléments contributeurs à cette résistance. Le Tableau 9 présente ces grandes catégories et leurs catégories, s'il y a lieu.

Tableau 9

Catégorie principale : B. Facteurs nuisibles à l'intervention sur le problème par la consultation en santé mentale

Grandes catégories	Catégories
1. Non-reconnaissance ou minimisation du problème	1.1 Orgueil 1.2 Valorisation de la surtolérance à l'inconfort physique et psychologique
2. Honte et jugement envers soi-même et les autres en lien avec les a priori présents dans le milieu militaire	
3. Inconfort relativement au contact avec ses émotions et au dévoilement de soi	
4. Tolérance du milieu face à la colère	
5. Non-priorisation des soins ou indisponibilité aux soins en raison des exigences du travail	
6. Crainte des répercussions sur la carrière	
7. Méconnaissance des traitements en santé mentale	

Les sections qui suivent décrivent ces grandes catégories et ces catégories et présentent des extraits d'entrevues pour chacune d'entre elles.

Non-reconnaissance ou minimisation du problème. L'analyse des données recueillies lors de l'entrevue post-intervention montre que pour certains participants, le fait de ne pas avoir reconnu leurs difficultés ou de les avoir minimisées a fait obstacle à la consultation. L'extrait qui suit illustre cela :

Pour moi je ne voyais pas que j'étais si creux. Moi c'était vraiment donne-moi une pilule pendant un mois et puis après ça je vais être bien correct. [...] Je n'étais pas honnête avec moi-même, tout le monde alentour de moi était honnête avec moi, c'était juste moi qui ne voulais pas le voir. Je ne voulais pas admettre que j'étais rendu à ce point là. Alors c'est pour ça que je ne voulais pas aller consulter. (Participant 5)

Certains participants ont rapporté que le contexte militaire encourage et exige une tolérance élevée à des situations très inconfortables au point de vue physique et psychologique. Selon eux, la surtolérance conduit à normaliser des conditions physiques et psychologiques défavorables et peut diminuer la capacité à percevoir les difficultés, retardant ainsi une intervention sur le problème au moyen de la consultation :

C'est le propre de notre métier d'endurer la douleur et d'endurer l'inconfort et tout ce qui est désagréable, si tu n'es pas capable d'encaisser ça comme... c'est probablement ça dans bien des métiers de combat, mais en tout cas je vais parler pour l'infanterie c'est comme ça. Tu as mal, ça fait partie de la *game*. Peu importe c'est quoi le genre de douleur, que ce soit mental, la force de caractère c'est indispensable, alors veux veux pas, les privations de sommeil et tout ça, on est habitué à ça, pas *feeler* bien on est habitué à ça, alors un moment donné ces choses là quand ça fait partie de notre quotidien même à la maison on ne s'en rend pas trop compte là. Alors c'est un peu pervers pour ça, mais ça fait partie de la *game*. C'est pas mal un prérequis pour faire cette job-là alors forcément, moi en plus mes cauchemars je ne m'en souvenais pas c'est ma femme qui me disait que j'en faisais et puis moi tout ce que je voyais c'est que je faisais des nuits de sommeil de moins en moins récupérateur, jusqu'au point que ce n'était plus récupérateur pantoute, mais bon, c'est beau, ce n'est pas pire que quand je suis en entraînement, sauf qu'eux autres autour de moi, ils ne trippaient pas de voir ça aller et puis... On a tendance à minimiser ça et dire : « Ça va aller mieux. » (Participant 4)

Cet exemple illustre donc la *valorisation de la surtolérance à l'inconfort physique et psychologique*. Certains participants ont mentionné qu'une estime

personnelle élevée et un besoin de maintenir cette estime peuvent entrer en contradiction avec la reconnaissance d'une difficulté et représenter un obstacle à la consultation. L'*orgueil* constitue l'une des catégories incluses dans la grande catégorie *non-reconnaissance ou minimisation du problème*. L'extrait suivant fait mention des répercussions de l'orgueil à ce sujet :

En 2004 j'aurais pu faire quelque chose... j'étais trop orgueilleux. Je ne voulais pas me l'avouer dans le fond. J'étais plus jeune, j'étais plus orgueilleux, j'étais à la compagnie de Para, j'étais dans les « *tough* »... Il n'était pas question que je plie là. Je ne cassais pas moi là... j'étais... Sur le cours de Para, on était 100 personnes, ils en prenaient 30. J'étais dans les 30 tout le temps, j'ai tout le temps été plus fort et là je m'apercevais que je perdais le contrôle et ça me faisait *freaker*. (Participant 1)

Ce dernier extrait dévoile aussi la perception négative que le participant entretient envers lui-même relativement à ses difficultés. La grande catégorie suivante met l'accent sur cette perception qui peut être amplifiée et entretenue par les a priori sur la santé mentale présents dans le milieu militaire.

Honte et jugement envers soi-même et les autres en lien avec les a priori présents dans le milieu militaire. Plusieurs participants ont fait état que les troubles de santé mentale dans le milieu militaire sont mal compris et souvent perçus comme de la faiblesse et comme un échec. Ces a priori sont décrits comme étant source de jugement négatif et de honte pour les militaires souffrant de BSO. Consulter implique de s'exposer au regard des autres, et les a priori et leurs conséquences peuvent contribuer à freiner

l'intention de recourir à une aide extérieure pour intervenir sur les difficultés, comme l'explique le Participant 2 : « Il y a des gars dans les Unités qui ne veulent justement pas consulter en santé mentale pour ne pas se faire pointer du doigt, ça, c'est clair. »

L'extrait suivant décrit de façon plus précise la perception qu'un participant entretient de lui-même, de son inconfort à devoir se rendre à son unité pour aller porter le document médical qui fait état de limitations d'emploi ou d'un congé de maladie en lien avec sa condition :

Aller mener le papier médical à mon Unité, pour moi c'est demandant... c'est épouvantable l'anxiété que ça crée, le sentiment de ne pas être un bon, d'être un pas bon, d'être un faible, d'être une merde. Tu es renforcé par tous les commentaires que tu entends. Parce que tu as le sentiment d'échec, tu as le sentiment d'être jugé. Tu les as tous entendus les discours sur les gars qui partaient en dépression. Tu les entends toutes! [...] Là tu expliques ta situation à ton supérieur « Ouais, on ne te juge pas... » Mais je l'ai entendu mille fois en juger! Pourquoi pas moi? Moi je suis plus beau que les autres? Je suis plus fin? Non! Tu me juges autant! Tu ne connais pas mon passé, tu ne connais pas ce que j'ai fait. (Participant 1)

En plus du malaise ressenti et de la perception que le participant décrit entretenir de lui-même, l'extrait précédent ouvre aussi sur l'inconfort lié au dévoilement à autrui de quelque chose qui lui est personnel.

Inconfort relativement au contact avec ses émotions et au dévoilement de soi. Des participants ont rapporté vivre un inconfort quand ils sont en contact avec des émotions douloureuses, et l'expression ou la démonstration de ces émotions représente

pour eux une difficulté importante. Consulter pour intervenir quant au problème exige de prendre contact avec des affects douloureux, de les exprimer et de les dévoiler. L'extrait qui suit fait mention des appréhensions liées à la consultation liées au fait de devoir cesser d'éviter les pensées et émotions inconfortables :

Je n'aime pas ouvrir ces mémoires et sentiments-là parce qu'avec l'évitement je n'avais pas besoin d'en parler, je n'avais pas besoin de ressentir à part ce qui était tout le temps là, l'adrénaline ou l'anxiété. À l'intérieur de moi, j'avais une crainte à aller consulter parce que je sais que ça va raviver des choses et ça l'a fait. (Participant 3)

L'extrait suivant décrit la difficulté relevée par un participant fantassin au Royal 22^e Régiment à être en contact avec ce qu'il ressent et à en parler à autrui, comme la démarche de soins l'invite à le faire :

Mais les « 22 » on a de la misère à parler de nous autres, ça ne fait vraiment pas partie de notre *job* [...] Les gars des métiers de combat, à cause de ce que ça implique de faire notre *job* eh bien on a tendance à ne pas parler de ce qui se passe entre nous autres parce qu'on n'est même pas au diapason avec ça. Notre *job* nous demande de faire abstraction de tout ça tout le temps et là tout d'un coup, il faut que tu parles de ce qui se passe en dedans. (Participant 4)

Dévoiler des émotions qui ne sont pas considérées comme acceptables par le milieu constitue un obstacle important selon plusieurs participants et contribue à ce que ces émotions soient réprimées et cachées. L'extrait qui suit décrit ce phénomène :

En Afghanistan, à toutes les fois que je sortais du camp je faisais une prière, parce que j'avais tout le temps peur. Mais il ne faut pas que tu le montres parce

que tu es à la compagnie de Para et tu es *tough* alors tu n'es pas supposé avoir peur, « ben non crisse garde j'ai peur, qu'est-ce que tu veux que je te dise? » Mais je ne peux pas avoir peur. Il faut que je fasse comme si je n'ai pas peur, et moi je suis un bon comédien, ça ne paraît pas, mais en dedans, c'est là. (Participant 1)

Par ailleurs, si la profession en elle-même a des répercussions sur l'individu, le milieu militaire est décrit par des participants comme étant tolérant envers les manifestations de BSO, ce qui vient soutenir la difficulté mise en relief ci-dessus. La grande catégorie suivante en fait état.

Tolérance du milieu face à la colère. L'analyse des données révèle que selon certains participants, le milieu militaire présente une certaine tolérance envers les comportements verbaux et physiques de colère qui, dans un autre contexte, pourraient faire l'objet de mentions ou de conséquences; or, subir des conséquences pourrait conduire la personne à agir par rapport à ces comportements. L'extrait suivant est issu des propos d'un participant qui se qualifie de « post-trau » et qui nomme les conséquences possibles pour lui de ses réactions de colère dans un milieu civil :

Je veux me donner le plus d'outils avant de sortir de l'armée, pour être capable de fonctionner dans le monde réel, mais pas dans le monde militaire. Dans le monde militaire tu peux avoir des réactions de colère qui sont tolérables, mais d'après moi je fais ça au gouvernement ou je fais ça ailleurs, « le post-trau décrisse là! » (Participant 1)

Il apparaît aussi que d'autres caractéristiques du milieu peuvent faire obstacle à la consultation, comme la grande catégorie suivante le décrit.

Non-priorisation des soins ou indisponibilité aux soins en raison des exigences du travail. Lors de l'entrevue, les participants ont rapporté que le contexte militaire, notamment en période de forte sollicitation opérationnelle, les conduit à être peu disponibles pour s'occuper de leurs problèmes de santé. Cet extrait est tiré du verbatim d'un participant qui n'a pas déclaré ses symptômes d'épuisement lors des procédures de dépistage afin de ne pas nuire à son travail, qu'il priorise :

En revenant de mission, les procédures de dépistage c'était vraiment une corvée, « encore une autre affaire qu'il faut que je fasse ». Je ne dormais pas, j'étais tout le temps étourdi, je n'étais vraiment pas capable de me concentrer. J'ai fait le questionnaire ici et j'ai quand même répondu « c'est beau, je n'ai pas de problème ». Je retourne à l'ouvrage parce que chaque minute que je n'y suis pas eh bien ça s'empile. Moi, je faisais trois positions là. Je faisais la mienne et il me manquait deux capitaines. Plus il me manquait l'adjudant-maître alors je faisais la *job* à tout le monde, plus une position de quelqu'un à Montréal. (Participant 5)

Ce verbatim met en lumière l'importance que des participants peuvent donner à leur travail et leur facilité à relayer leur santé au deuxième plan. La grande catégorie suivante met en perspective la crainte que la consultation ou le dévoilement d'une condition médicale défavorable puissent avoir des répercussions sur leur carrière.

Crainte des répercussions sur la carrière. Des participants ont indiqué que déclarer avoir des difficultés de santé et obtenir des soins de santé peut avoir des répercussions sur leur carrière. L'extrait suivant décrit le mensonge qu'un participant a raconté lors des procédures de dépistage des troubles de santé physiques et psychologiques afin de ne pas être exclu d'un déploiement :

On fait des questionnaires en revenant, on fait plein d'affaires et je ne sais pas pour les nouveaux qui rentrent, mais les plus anciens comme moi... quand moi je suis rentré, il n'y en a pas de problème, si tu as un problème tu étais dehors, si tu as un problème tu es faible. Des questionnaires c'est vraiment facile à déjouer. Tu veux avoir ta *job*, je suis honnête, pour aller en mission je savais que j'avais des problèmes, mais j'ai coché « non » quand même parce que je voulais être déployé. (Participant 5)

En plus de la crainte des conséquences sur la carrière que peut entraîner la divulgation d'un trouble de santé, les services offerts pour les traiter sont souvent méconnus, ce qui constitue un facteur nuisible à l'intervention sur le problème au moyen de la consultation, comme le décrit la grande catégorie suivante.

Méconnaissance des traitements en santé mentale. Des participants ont fait état de leur méconnaissance des soins en santé mentale. L'extrait qui suit illustre la résistance d'un participant à participer au GBSO en raison de l'idée qu'il se fait d'un traitement de groupe :

Aussitôt qu'elle a dit « on a un groupe », c'est comme si j'avais fait un blanc, je ne l'écoutais plus et tout entrain dans ma tête pour dire : « Bon, qu'est-ce que c'est maintenant? Va falloir qu'on chante des chansons et qu'on se donne des colleux? » C'est vraiment ça que je me disais. Alors je ne voulais pas y participer. (Participant 6)

Si différents facteurs nuisent à l'intervention sur les manifestations de la BSO au moyen de la consultation, les participants au GBSO ont toutefois fait la démarche d'aller consulter. La catégorie principale suivante fait état des facteurs qui ont contribué à motiver les participants à entreprendre leur démarche de consultation.

Troisième catégorie principale : C) Facteurs impliqués dans la motivation à consulter

L'analyse des données recueillies lors des entrevues montre que les participants interviewés reconnaissent différents facteurs qui ont influencé leur motivation à consulter. La catégorie principale *facteurs impliqués dans la motivation à consulter* est composée des grandes catégories exposées dans le Tableau 10.

Tableau 10

Catégorie principale : C. Facteurs impliqués dans la motivation à consulter

Grandes catégories
1. Observations et recommandations venant d'autrui
2. Sentiment de perte de contrôle et souci des répercussions de la condition
3. Constat que la consultation est la seule option

La motivation à consulter de plusieurs participants est liée aux propos et à l'observation d'une autre personne sur leur état ou les comportements qu'ils présentaient. Cette personne peut être un membre de la famille, un ami, un collègue ou un membre du personnel soignant. Une recommandation s'ajoute parfois à cette observation encourageant le participant à consulter. Voici un extrait d'entrevue qui permet d'illustrer la grande catégorie *observations et recommandations venant d'autrui* :

Ma conjointe m'a reproché une couple de fois ma consommation, mais elle n'était pas au courant jusqu'à quel extrême c'était. À l'ouvrage mes collègues, mon adjudant-maître m'a parlé comme les deux ou trois semaines précédentes que je n'étais plus... j'avais la mèche courte, je me fâchais souvent. La journée

que j'ai appelé pour avoir un rendez-vous, le matin il m'avait demandé c'est quoi qui se passait et il voyait que je ne *feélais* vraiment pas là, alors c'est là que j'ai appelé pour avoir un rendez-vous que j'ai eu le lendemain matin. (Participant 5)

La perception ou le regard de l'entourage se conjuguent souvent à d'autres facteurs plus personnels. Ainsi, plusieurs participants ont aussi fait mention d'un *sentiment de perte de contrôle* et d'un *souci des répercussions de leur condition*. Le souci des répercussions peut être autant envers soi-même qu'envers les autres et va d'une baisse de rendement ou d'une incapacité à répondre à ses obligations à un risque de blessure et de mort. L'extrait suivant décrit les motifs qui ont conduit l'un des participants à se rendre à son Unité primaire de soins (UPS) pour obtenir de l'aide :

Je me suis présenté à l'UPS parce que je pense que ça faisait trois ou quatre jours que je n'avais pas dormi alors je leur ai dit : « Faites quelque chose avant que je me plante en char et que j'entraîne quelqu'un qui n'a pas rapport là-dedans. » Je commençais à être sérieusement *wild* et puis... je commençais à avoir de la misère à me contrôler et je n'étais pas à l'aise avec ça. (Participant 4)

Si les participants ont déployé, comme nous l'avons vu plus tôt, différentes *stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO*, leur efficacité temporaire et leurs conséquences conduisent souvent le participant à un *constat que la consultation est la seule option*, ce qui constitue la troisième et dernière grande catégorie des *facteurs impliqués dans la motivation à consulter*.

J'avais deux choix, c'est soit d'aller consulter ou de continuer dans la direction où j'allais et ça n'était plus une option. J'avais réalisé ça, peut-être un peu trop tard, mais j'avais réalisé. (Participant 3)

Une fois que les composantes motivationnelles sont rassemblées et que les participants font leur demande de soins, ils rencontrent un membre du personnel médical, et on leur offre de participer au GBSO, ce qu'ils acceptent. La catégorie principale suivante fait état de l'expérience que les participants ont rapporté avoir vécue durant leur participation au GBSO.

Quatrième catégorie principale : D) Expérience vécue durant la participation au GBSO

L'analyse thématique a fait ressortir une quatrième catégorie principale, *expérience vécue durant la participation au GBSO*. Selon les données analysées, cette expérience se situe sur deux plans : le plan cognitif et le plan émotionnel. La première grande catégorie soulevée est *expérience vécue sur le plan cognitif* et réfère aux apprentissages et à l'acquisition de nouvelles connaissances qui modifient la pensée et les perceptions des participants. Une vue d'ensemble des catégories et sous-catégories qui la composent est présentée au Tableau 11.

Tableau 11

Grande catégorie : 1. Expérience vécue sur le plan cognitif

Catégories		Sous-catégories
1.1	Identification et prise de conscience de ses symptômes de BSO et de leurs répercussions	1.1.1 Reconnaissance de la présence d'une BSO chez soi 1.1.2 Mise en mots et compréhension de ce qui est vécu 1.1.3 Constat du besoin de traitement
1.2	Modification de la perception sur la BSO	
1.3	Diminution des préjugés envers soi-même ou les autres	
1.4	Meilleure connaissance de ce sur quoi le participant doit intervenir	
1.5	Apprentissage de techniques de gestion des symptômes	
1.6	Meilleure connaissance des services et soins en santé mentale	

La première catégorie, *identification et prise de conscience de ses symptômes de BSO et de leurs répercussions*, fait remarquer que la participation au GBSO a permis à tous les participants de reconnaître leurs symptômes et de prendre davantage conscience de ces derniers et de ce qui en découle. Cette catégorie est composée de sous-catégories qui décrivent plus en détail ce qui est en lien avec les explications sur la BSO données au GBSO. La première sous-catégorie, *reconnaissance de la présence d'une BSO chez soi*, fait référence au fait que les explications sur la BSO permettent aux participants de reconnaître en eux la présence de BSO et de ce qui y est associé. L'identification et la prise de conscience des symptômes de BSO chez les participants font aussi émerger une

autre sous-catégorie, qui est le *constat du besoin de traitement*. L'extrait suivant illustre ces deux sous-catégories.

À partir de la première rencontre, aussitôt qu'ils ont commencé à parler d'évitement, ils parlaient de solitude, ils parlaient de somnolence, je voyais tout ça et à ce moment-là je me suis dit : « *Oh my God!* » Je les ai toutes notées dans le cahier, c'est à ce moment-là que j'ai réalisé que j'avais besoin de ça. (Participant 5)

Toujours en ce qui a trait à l'*identification* et à la *prise de conscience de ses symptômes de BSO et de leurs répercussions*, plusieurs participants ont mentionné que les explications offertes dans le GBSO leur permettaient aussi de mettre des mots sur leurs difficultés et de comprendre ce qu'ils vivaient. L'extrait suivant illustre la sous-catégorie *mise en mots et compréhension de ce qui est vécu* :

Même si je savais bien que je vivais des trucs pas normaux, ça mettait des mots sur les choses que je vivais... J'ai pris conscience de l'isolement, j'ai compris pourquoi je ne sors plus, pourquoi je n'ai plus d'intérêt à jouer au hockey. Avant je jouais quatre fois par semaine. « Pourquoi j'ai une perte d'intérêt dans mon travail? » On peut mettre des mots sur ce qui arrive et se comprendre un peu mieux. (Participant 6)

Un autre élément se rapportant à la grande catégorie *expérience vécue sur le plan cognitif durant la participation au GBSO* qui ressort des données est la catégorie *modification de la perception sur la BSO*. Elle décrit la modification chez les participants des a priori véhiculés dans le milieu militaire sur la BSO. Les modifications se situent notamment du point de vue de l'attribution causale de la BSO; cette dernière

est alors comprise comme une réaction physiologique indépendante de la volonté de la personne, de ses caractéristiques et de ses expériences. L'extrait suivant décrit cela :

Je disais ça dans le sens qu'il n'y a pas une personne qui le vit de la même façon et aussi dans le sens que tu n'es pas fou là, à la limite c'est une mécanique, ce qu'il y a de plus normal et c'est juste qu'on commence à la comprendre dans le milieu militaire et puis ce n'est pas une question de... dans le passé c'était souvent associé à de la faiblesse alors que ça n'a rien à voir avec ça. Aussi, que ce n'est pas une question d'expérience, ce n'est pas une question de grade, ce n'est même pas une question de contexte, parce que deux personnes vont réagir de façon complètement différente à la même situation et quelque chose qui pour toi va avoir été un calvaire et pour un autre va avoir été tout ce qu'il y a de plus banal et à l'inverse, ces deux mêmes personnes-là vont vivre une situation qui pour l'autre va être un calvaire et pour toi ça va être banal. Ça permet de voir ça. (Participant 4)

Une connaissance et une compréhension améliorées de la BSO contribuent à modifier la perception de la BSO et ont aussi un effet sur les préjugés qui y sont associés. La catégorie suivante, *diminution des préjugés envers soi-même ou les autres*, représente une autre dimension de l'*expérience vécue sur le plan cognitif* associée à la participation au GBSO.

Des participants ont fait mention des changements qui se sont opérés sur leurs préjugés envers eux-mêmes ou envers d'autres militaires. Ces préjugés peuvent être en lien avec la fonction, le métier, le contexte de travail ou des événements survenus en mission. L'extrait suivant illustre la modification d'un préjugé qu'un participant entretenait envers les militaires qui ne sont pas dans un métier de combat comme les fantassins du Royal 22^e Régiment :

Moi je disais tout le temps que... Pour moi au début, tout ce qui n'était pas « 22 » c'était de la marde. Je vais dire franchement, c'est con de penser de même, mais pour moi, non, ils sont pas dans la *game* pantoute les autres. Moi je suis un « 22 », mais un commis pour moi ça ne pouvait pas avoir de BSO. Mais c'est une autre sorte de stress que lui vit et qu'il ne voulait peut-être pas vivre et ça dépend de comment il l'a interprété. Dans le fond, maintenant je le comprends, avant je ne le comprenais pas. (Participant 2)

Le même participant fait aussi état des préjugés qu'il entretenait envers lui-même en se comparant avec des pairs qui sont eux aussi dans l'infanterie, mais qui ont été déployés dans des rotations d'opération qu'il qualifie de plus périlleuses que celles dans lesquelles il a été déployé :

Mais là, il y avait d'autres « 22 » et ils étaient dans mon Unité et je savais qu'ils avaient fait telle ou telle Roto, la 3-07, on s'entend que la 3-07 tout le monde en ont parlé que ça a brassé. Alors là tu te dis : « Qu'est-ce que je fais ici moi ? » C'est tout de suite là, tu te classes tout de suite là. C'est comme si ce que j'ai vécu en opération ça n'aurait pas été assez « gros » parce que moi dans mon tour, il n'y a personne qui est mort. Mais il y en a que oui. Alors moi je me suis dit : « Pourquoi je suis là ? Ça a bien été mon affaire. » Dans le fond, c'est dans ma tête que ça n'a pas bien été. Elles ont expliqué ce qui se passait dans le cerveau et j'ai compris que ça m'affecte d'une manière et que lui l'aurait vécu, il n'aurait peut-être rien eu. Vice versa. Moi j'aurais vécu ses affaires et je n'aurais peut-être rien eu. Maintenant, je le comprends de même là. Mais sur le coup moi je me disais : « C'est con, mon affaire ! » (Participant 2)

Si le contenu du GBSO permet d'identifier les symptômes, de modifier les perceptions quant à la BSO et de diminuer les préjugés, l'analyse des données a également permis de voir que la participation au GBSO a favorisé chez certains participants une *meilleure connaissance de ce sur quoi ils devaient intervenir*. En effet,

les participants ont rapporté avoir une meilleure connaissance des difficultés sur lesquelles ils doivent agir afin d'améliorer leur condition. L'extrait suivant illustre cela :

Pour moi l'objectif c'est que ça se règle et peu importe ce que ça va prendre, l'affaire c'est que ça m'a ouvert les yeux sur où frapper dans le fond. C'est toujours bien beau de vouloir se rendre à quelque part tu ne sais pas toujours ce que tu vas avoir à faire pour te rendre. Moi ça m'a permis d'éclairer certaines choses et comme je disais de m'ouvrir les yeux. Déjà quand tu réalises une partie du problème tu as déjà une partie de la solution. (Participant 4)

S'ajoutent à cette connaissance accrue de ce sur quoi ils doivent agir les moyens que les participants peuvent utiliser pour améliorer leur condition. Les deux prochaines catégories abordent ce sujet.

Selon tous les participants, le GBSO leur a permis l'*apprentissage de techniques de gestion des symptômes* contribuant à atténuer leurs symptômes. Certaines de ces techniques étaient déjà connues des participants, mais avaient été oubliées parce que peu ou pas utilisées, et d'autres étaient totalement nouvelles.

La participation au GBSO semble également être associée, pour plusieurs participants, au développement d'une *meilleure connaissance des services et soins en santé mentale*. Cette dernière catégorie de la grande catégorie *expérience vécue sur le plan cognitif* réfère à la connaissance des différents services et soins offerts aux participants pour traiter leurs difficultés ainsi que des différents professionnels impliqués. Cet extrait d'entrevue décrit cet aspect :

Je suis supposé être un expert dans les armes légères là, alors ça n'a strictement rien à voir avec l'univers médical et la santé mentale. Le GBSO nous apprend des mots et ça nous apprend des notions qu'on ne suspecte même pas qui existent. « Bienvenue vous entrez dans un univers que vous ne connaissez pas, je vais vous apprendre... » Il y a tellement de services et d'étapes à suivre et de traitement et des professions pour lesquelles on ne ferait peut-être probablement même pas la différence entre les deux, en plus des acronymes qu'on n'a jamais vus de notre vie... Il faut qu'on nous l'explique un moment donné et le GBSO t'aide là-dedans... (Participant 4)

Au cours de la participation au GBSO, l'*expérience vécue sur le plan cognitif* que nous venons de parcourir se conjugue avec la deuxième grande catégorie, *expérience vécue sur le plan émotionnel*, qui se rapporte à l'émergence ou à l'accentuation de différentes émotions agréables ou désagréables chez le participant. Les catégories et sous-catégories de cette grande catégorie sont présentées dans le Tableau 12.

Tableau 12

Grande catégorie : 2. Expérience vécue sur le plan émotionnel

Catégories	Sous-catégories
2.1 Culpabilité ou regret	
2.2 Émotions inconfortables	2.2.1 Émotions suscitées par le fait de se reconnaître dans la description de la BSO 2.2.2 Émotions suscitées par la réactivation d'émotions et de souvenirs et le contact avec ceux-ci 2.2.3 Émotions suscitées par l'exposition et le dévoilement de soi en groupe 2.2.4 Incertitude ou inquiétude quant à sa condition
2.3 Diminution du malaise et réconfort	2.3.1 Habituation au regard des autres 2.3.2 Espoir et <i>empowerment</i> 2.3.3 Normalisation ou diminution du jugement envers soi-même 2.3.3 a) Présence de pairs comparables dans le groupe (ne sont pas seuls) 2.3.3 b) Comparaison avec des pairs qui ont des manifestations plus graves ou différentes 2.3.3 c) Meilleure compréhension de ce qui est vécu
2.4 Colère ou irritation	

En ce qui concerne l'*expérience vécue sur le plan émotionnel*, certains participants ont rapporté que leur participation au GBSO a suscité en eux des émotions de *culpabilité* ou de *regret* liées à la prise de conscience des conséquences de leur condition et au fait de ne pas avoir agi plus rapidement en ce qui concerne leurs difficultés. L'extrait qui suit illustre la catégorie *culpabilité ou regret* :

Après la première heure et demie de GBSO, j'ai été dans le stationnement, j'ai été une heure et demie de temps à brailler, je n'étais plus capable, j'étais là de

même... C'est ça la culpabilité d'avoir fait endurer ça à ma famille. Je me suis dit « si j'avais agi avant... » Je ne les ai pas battus, mais j'ai été rough dans le sens de « c'était tout ou rien ». Je ne *feel* pas un matin... on était supposés aller à telle place, on n'y va plus et c'est non négociable là. Alors c'est ça, je me culpabilisais beaucoup là. (Participant 1)

En plus de ce sentiment pénible, d'autres émotions difficiles ressortent de l'analyse. Celles-ci sont toutefois plus difficiles à nommer avec précision et forment la troisième catégorie, *émotions inconfortables*. Les verbatim codifiés réfèrent à de l'anxiété, à de la honte et à de l'étonnement. Les participants nous ont aussi rapporté ce qui a provoqué en eux l'émergence de ces émotions, et ces facteurs constituent les sous-catégories que nous présentons ici.

Ainsi, certaines de ces *émotions inconfortables* étaient suscitées par le fait de se reconnaître dans la description de la BSO. Un des participants indique par exemple avoir ressenti de l'étonnement en reconnaissant qu'il présentait depuis longtemps des caractéristiques de la BSO dont l'ampleur dépassait la perception qu'il en avait, comme l'illustre l'extrait suivant :

Bien, c'est une claque en pleine face, un bon crochet du droit sur certaines affaires. Quand j'ai commencé le processus, je ne pensais pas que j'étais si pire que ça. Mais de fil en aiguille, à travers des choses qu'ils nous parlent, j'ai fini par me reconnaître là-dedans et je me rends compte que finalement, il y a beaucoup de choses qui ont changé. Que dans le fond ma femme avait raison depuis des années. Ça fesse! (Participant 4)

L'analyse fait aussi ressortir chez tous les participants des *émotions inconfortables suscitées par l'exposition et le dévoilement de soi en groupe*. Ils décrivent un inconfort relatif au fait d'être présent dans un groupe sur la BSO. Cet inconfort est décrit comme étant associé au dévoilement de quelque chose qui leur est personnel.

L'extrait suivant illustre cet aspect :

Tout seul, j'étais capable de franchir le pas, mais en groupe non, j'ai eu bien de la misère au début à faire ce *move*-là. Je n'étais vraiment pas à l'aise de partager ça... je me doutais bien que tout le monde qui était là c'était pour les mêmes raisons que moi, mais même à ça, j'avais comme l'impression en étant là de partager mon univers intérieur et je n'étais vraiment pas à l'aise avec ça. Le fait d'être avec d'autre monde et avoir l'impression que tu t'ouvres et que tu t'exposes même si tu ne dis pas un mot. (Participant 4)

Un des participants interviewés a aussi rapporté ressentir de l'*incertitude* ou de l'*inquiétude quant à sa condition* durant sa participation au GBSO. La description de la BSO inclut plusieurs problèmes, dont l'ESPT. Ce participant n'avait pas été évalué par un psychiatre avant sa participation au GBSO, mais plutôt en mi-parcours du déroulement de son groupe. En l'absence d'un diagnostic formel préalable à la participation au GBSO, il s'est inquiété du fait de ne pas savoir avec exactitude ce dont il souffrait. L'extrait suivant illustre cela :

Alors pour moi c'était encore toute l'incertitude et je n'arrêtais pas de penser : « O.K. bien crisse c'est quoi que j'ai? Pourquoi j'ai ça? Est-ce que je vais être capable de m'en sortir? Est-ce que j'ai un ESPT? On a de l'aide pour ça, mais c'est quoi que j'ai? » Alors ça a pris un bout avant que je sois évalué, alors c'était de l'incertitude. Jusqu'à temps que quelqu'un me mette une étiquette pour dire : « C'est ça que tu as mon homme! Bon *let's go*, on se traite! » Mais au début,

j'avais juste BSO, mais tabarouette, ça peut être n'importe quoi, une BSO.
(Participant 5)

Si plusieurs émotions à valence affective désagréable ont été rapportées par les participants, des émotions plus positives ont aussi été mentionnées. Des participants ont notamment parlé d'une *diminution du malaise* et d'un *réconfort* lors du déroulement du groupe. Cela constitue la troisième catégorie de la grande catégorie de *l'expérience vécue sur le plan émotionnel*.

Les participants ont expliqué ce qui a contribué à ce soulagement. Ces facteurs sont décrits par les sous-catégories que nous présentons dans les paragraphes qui suivent.

Des participants ont mentionné que *l'habitation au regard des autres* était l'un des facteurs expliquant la diminution graduelle du malaise qu'ils avaient vécu en s'exposant à autrui dans le cadre de leur traitement. L'extrait suivant illustre cela :

[...] j'étais déjà vraiment pas bien là-dedans, c'est le fait de m'ouvrir ne serait-ce que par ma présence, avant même que je rentre dans la pièce, même les rencontres en solo avec les intervenants au début je n'étais vraiment pas bien, ça a pris plusieurs rencontres avant que je commence à me sentir relativement à l'aise. Et dans le GBSO, ça a pris au moins les trois quarts des sessions avant que je commence à me sentir moins pire. J'ai fini par m'habituer. (Participant 4)

Plusieurs participants ont aussi rapporté avoir ressenti de *l'espoir* et de *l'empowerment* en passant d'un sentiment d'impuissance à une confiance dans la

possibilité de reprendre du pouvoir sur leurs difficultés et d'améliorer leur condition.

L'extrait qui suit illustre cela :

Quand j'ai consulté, j'étais rendu au bout du fil. Avant d'aller au GBSO, j'avais des pensées négatives : que j'allais perdre ma job, qu'ils allaient me mettre hors des Forces canadiennes pour motif médical. Qu'est-ce que j'allais faire? Est-ce que j'étais capable de m'en sortir? Est-ce qu'il va falloir que je sois toujours sur les médicaments? C'est pour ça que je dis que je ne voyais pas la lumière au bout du tunnel. Avec le GBSO c'était le début pour dire : « O.K., ils m'ont donné des techniques, je peux mettre les efforts, ce n'est pas la fin là, il y a de l'espoir, il y a toute une équipe au complet qui va commencer à m'aider ». (Participant 5)

Plusieurs participants ont aussi fait mention d'une diminution de leur malaise ainsi que d'un sentiment de réconfort en lien avec une *normalisation* et une *diminution du jugement envers soi-même*. Les participants ont décrit les facteurs sous-jacents à cette sous-catégorie. Ces facteurs sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

Pour plusieurs participants, la *présence de pairs comparables dans le groupe* a eu un effet soulageant en leur permettant de constater qu'ils *ne sont pas seuls* à présenter une BSO. Cela a contribué à normaliser leur condition et à diminuer le jugement qu'ils entretenaient envers eux-mêmes. L'extrait suivant illustre bien cela :

Il y avait deux gars avec qui j'ai travaillé, alors ils savent que je suis un *tough* et moi je sais que ce sont des *tough* et là on se voit là : « Crisse on n'est plus tant *tough* que ça là! » On a grandi ensemble dans le 22, on ne pensait jamais de se voir là. On était trois de la compagnie de Para en plus. Les gars qui étaient là aussi ce n'étaient pas des petits hommes, et puis ils avaient des émotions aussi. Je me donnais plus le droit d'avoir eu peur. Alors ça m'a donné le droit d'avoir ça, ça m'a rassuré dans le sens que je n'étais pas tout seul. J'étais rassuré de voir qu'il y avait des fantassins comme moi, des gens qui ont le même *coin* de Para,

qui ont les mêmes problèmes et qui étaient des *tough*. Alors sur moi-même je me dis que c'est normal des fois de... d'avoir vécu des affaires qui ne sont pas comme le civil qui travaille au gouvernement et qui a une petite vie tranquille. (Participant 1)

Non seulement le participant peut s'identifier à des pairs, mais il peut également s'y comparer. Des participants ont indiqué que la *comparaison avec des pairs qui ont des manifestations plus graves ou différentes* constitue une source de réconfort, car cela leur permet de constater que leur condition pourrait être plus difficile ou plus complexe. L'extrait suivant en est une illustration :

Une autre affaire que j'ai trouvée pas pire du GBSO, c'est que vu qu'on est tous des personnes différentes et on *deal* avec ça de diverses façons, j'ai vu ce que je n'étais pas et comment d'autres le vivaient. Là où j'avais de quoi et là où je n'avais rien. Il y a un gars dans notre groupe et je voyais que c'était clair qu'il était hyper impulsif, j'ai comme fait : « Moi je ne suis vraiment pas de même. » Cette portion-là s'adresse peut-être à d'autres... ça je *deal* bien avec ça alors... ça a permis de... me rassurer, il y a plusieurs façons de *dealer* avec ça et là, il y a des portions que je n'avais pas à travailler. (Participant 4)

Des participants ont aussi mentionné qu'une *meilleure compréhension de ce qu'ils vivaient* leur avait permis de diminuer le jugement qu'ils entretenaient envers eux-mêmes et de normaliser leur condition. Cette sous-catégorie est illustrée dans l'extrait suivant :

Bien un moment donné tu viens à te dire que... bien il y a beaucoup d'informations dans le GBSO qui fait en sorte que ça t'apporte à moins te juger toi-même. Le sommeil, le repli sur soi et le fait de ne pas vouloir sortir de chez vous et puis... c'est surtout les symptômes généraux qui sont associés à tout le monde là. Ça aide un peu à émerger et de te sentir moins jugé et à te dire que tu

n'es pas seul à vivre ça. Pour ça je me suis senti rassuré et que c'était un peu normal. (Participant 6)

Comme nous l'avons vu précédemment, alors que la présence de pairs peut créer un malaise mais également être rassurante, quelques participants ont rapporté que le contact avec autrui lors des séances de GBSO pouvait aussi faire émerger de la colère. La catégorie *colère ou irritation* constitue la dernière catégorie de la grande catégorie *expérience vécue sur le plan émotionnel*. L'extrait suivant illustre cette catégorie et contient l'une des sous-catégories de second niveau vue précédemment, soit la *comparaison avec des pairs qui ont des manifestations plus graves ou différentes* :

Moi il y en avait juste un qui me tombait sur les nerfs, je me parlais dans ma tête, je me disais... parce qu'il était très affecté, mais il ne le savait pas là. Ça venait me chercher des bouts et je me disais : « Aille! allume l'enclume là. » Là j'étais là de même : « Lui est affecté *big time*, mais il ne le sait pas. » Alors je me disais, « je suis fou, mais pas tant que ça ». Alors au moins... quand on se compare, on se console. (Participant 1)

Dans les deux semaines suivant la fin des séances du GBSO, une infirmière en santé mentale rencontre les participants individuellement. Les entrevues réalisées dans le cadre de cette étude se sont déroulées après cette rencontre. Les participants avaient eu l'occasion d'essayer les différentes techniques de gestion des symptômes et de vivre différentes situations de la vie quotidienne. Ce contexte a permis de faire ressortir la cinquième catégorie, qui fait état de leur condition à la suite de leur participation au GBSO.

Cinquième catégorie principale : E) État après la participation au GBSO

Alors que la catégorie principale précédente relevait l'expérience vécue durant le GBSO, l'analyse des entrevues a aussi mis en relief la présente catégorie principale, *état après la participation au GBSO*. Cette catégorie fait ressortir certains constats et observations des participants près d'un mois après leur participation au GBSO. Le Tableau 13 présente les différentes grandes catégories et catégories de cette catégorie principale.

La plupart des participants ont rapporté une *persistance des symptômes*, grande catégorie qui souligne que plusieurs manifestations de la BSO persistent à la suite du GBSO. Cette persistance varie en fonction des symptômes et des personnes. De façon générale, tous les participants qui mentionnaient avoir de l'hypervigilance ont indiqué que celle-ci était toujours présente.

Tous les participants ont aussi fait mention d'une *atténuation des symptômes*. Cette grande catégorie souligne que plusieurs symptômes se sont atténués à la suite de la participation au GBSO. Les problèmes de sommeil ainsi que la gestion de la colère figurent parmi les symptômes qui se sont particulièrement améliorés grâce aux techniques enseignées au GBSO et mises en application par les participants.

Tableau 13

Catégorie principale : E. État après la participation au GBSO

Grandes catégories	Catégories
1. Persistance des symptômes	
2. Atténuation des symptômes	
3. Perception d'augmentation des symptômes	3.1 Plus grande exposition aux situations anxiogènes 3.2 Réalisation de la présence des symptômes
4. Persistance de l'appréhension	
5. Persistance de la fragilité émotionnelle	
6. Poursuite de l'utilisation des stratégies de gestion des symptômes	
7. Motivation à poursuivre les soins offerts	
8. Capacité à communiquer avec autrui ses observations sur sa condition	
9. Cheminement dans l'acceptation de sa condition	

Alors que des symptômes ont diminué ou sont demeurés stables, plusieurs participants rapportent aussi une *perception d'augmentation des symptômes*. Cette grande catégorie révèle que des symptômes sont perçus comme s'étant accentués à la suite du GBSO.

L'analyse des entrevues a fait ressortir deux catégories qui précisent cette perception. D'une part, des participants ont indiqué s'être davantage exposés aux

situations qu'ils évitaient autrefois (catégorie *plus grande exposition aux situations anxiogènes*). D'autre part, des participants ont mentionné qu'avec le GBSO, ils ont *réalisé la présence de leurs symptômes*, c'est-à-dire qu'ils ont pris davantage conscience de leurs symptômes et les ont observés, alors qu'auparavant, ils ne les remarquaient pas autant. L'extrait suivant illustre ces deux catégories :

L'intensité a augmenté et je crois en partie que c'est dû à ma situation personnelle. Oui ici, ils ont ouvert la boîte de la BSO. Et ça, c'était pour moi comme la première étape de la stimulation de ma BSO. Et la deuxième étape, c'était d'avoir une copine qui est en Alberta et d'être exposé à son environnement. Avant je restais chez moi. Ces deux étapes-là ont augmenté le degré, comme si c'était très stimulant pour ma BSO. [...] Avec les classes de GBSO, je savais mieux ce qui se passait, alors en étant conscient et en faisant une prise de conscience sur mon état, j'ai l'impression que ça l'augmente jusqu'à un certain degré parce que là je sais exactement ce que je vis, alors que dans le passé je faisais juste faire le vide à la place. Est-ce que ça a augmenté le degré, j'ai l'impression que oui et peut-être que c'est que je réalise plus la BSO. (Participant 3)

Un autre participant fait explicitement mention de l'impression que sa condition s'est détériorée après le GBSO parce qu'il a pris conscience qu'il présentait des symptômes et a commencé à leur porter attention.

J'ai l'impression qu'avant d'aller là je prenais du mieux. Et là je me suis aperçu qu'en allant là bien moi j'ai dropé parce que là je savais personnellement que je faisais de l'hypervigilance, mais je n'avais pas de mots pour ça. Alors là je focus encore plus là-dessus. Je m'isolais avant, mais là on dirait que je prends conscience que je m'isole. Est-ce que j'ai plus ou moins de symptômes? Je n'ai aucune idée, mais là j'en prends plus conscience. Ça, c'est clair, net et précis, que j'en prends conscience. (Participant 6)

Des participants ont aussi fait mention d'une *persistance de l'appréhension* qui révèle qu'il demeure en eux des craintes quant à l'avenir et à leur condition. L'extrait qui suit illustre cette grande catégorie et fait référence aux reviviscences que présente ce participant :

Moi ça m'inquiète dans le sens que j'ai peur de ne pas être capable de contrôler ça, ça c'est ma peur. Et des bouts j'ai peur d'être fou, j'ai peur d'être interné, qu'ils disent qu'avec tous ces comportements-là... qu'est-ce qui va arriver avec moi? Ce sont plus des appréhensions, qu'est-ce qui va arriver si je ne suis pas capable... c'est ça mes inquiétudes. Parce que faire des blackouts, de me retrouver comme quand j'étais en Haïti, tabernache, ce n'est pas l'*fun* là. Je ne veux pas ça. Je veux clarifier ça et je veux mettre la paix là-dedans. (Participant 1)

En plus de ces appréhensions, des participants ont aussi fait référence à la *persistance de la fragilité émotionnelle*, qui décrit une instabilité et une variabilité des émotions, notamment en lien avec des symptômes dépressifs qui persistent. Cette grande catégorie est illustrée dans l'extrait suivant :

Avec le GBSO j'ai vu que ma montagne était grosse. Dans le sens que j'ai beaucoup de comportements à corriger, à travailler sur. Faire des petits pas, tout le monde me dit des petits pas, mais là j'ai juste hâte de ne plus être trop émotif. J'ai hâte d'être émotionnellement stable parce que là le rationnel ne peut pas embarquer. Je vois la montagne en hauteur. Tout le monde essaie de m'encourager, mais ils ne sont crissement pas dans ma peau. Je n'ai comme pas l'énergie présentement pour monter cette montagne-là. (Participant 1)

S'ils ont fait mention d'une variabilité en ce qui concerne la symptomatologie à la suite de la participation au GBSO, les participants ont aussi fait état d'acquis sur différents plans lors de l'entrevue. L'analyse des verbatim révèle notamment que les

participants continuent de mettre en pratique les stratégies de gestion des symptômes qui leur sont efficaces. Cela constitue la grande catégorie *poursuite de l'utilisation des stratégies de gestion des symptômes*, comme illustré par l'extrait suivant :

Pour le sommeil, ça m'a vraiment beaucoup aidé quand ils ont parlé de ça. Parce que depuis, j'ai commencé à me coucher à la même heure et à me lever à la même heure. Juste le fait de faire ça, c'est fou le bien que ça me fait. Là, je continue à le faire. Aussi de savoir que quand tu ne dors pas, de ne pas tourner dans ton lit, de te lever, d'aller lire un peu et d'aller te recoucher. C'est juste des techniques et ça fonctionne bien. (Participant 2)

Des participants ont aussi indiqué avoir une *motivation à poursuivre les soins offerts*, ce qui dénote leur intérêt à poursuivre les traitements offerts dans les services de santé et qui correspondent aux problèmes qu'ils ont identifiés. L'extrait qui suit fait référence à cet intérêt :

Quand on parle de la colère et de ses manifestations, je pars de loin aussi pour contrôler ça. Je vais demander pour aller faire le traitement de gestion de la colère plus poussé là, parce que je veux me donner des outils avant de sortir de l'armée, pour être capable de fonctionner dans le monde réel, pas comme dans le monde militaire. (Participant 1)

L'analyse des entrevues souligne aussi qu'à la suite du GBSO, plusieurs participants ont acquis une *capacité à communiquer avec autrui leurs observations sur leur condition*. Cette catégorie met en lumière l'acquisition d'une capacité à mettre des mots sur ses difficultés et particulièrement à les exprimer à autrui, que ce soit à son entourage ou encore à ses intervenants. L'extrait suivant illustre cet aspect :

[...] l'avantage du GBSO est que ça donne les bons mots à utiliser. Alors on peut mieux éclairer notre thérapeute pour le diriger dans la bonne direction. Parce que souvent dans le passé j'avais de la misère à expliquer ce que je vivais, mais avec les sessions de GBSO, ça met des mots et on peut donner des beaux petits *bullet points* à notre psychiatre ou psychologue pour faciliter notre traitement et l'accélérer. (Participant 3)

Enfin, la participation à ce groupe psychoéducatif a permis à plusieurs de faire un *cheminement dans l'acceptation de leur condition*. L'extrait suivant illustre cette grande catégorie :

Je pense que je vais peut-être pas redevenir normal comme j'étais normal, mais d'un nouveau normal. De ne pas être un alcoolique et être capable de gérer mes symptômes. Mes symptômes vont tout le temps être là, j'ai aussi appris ça dans le GBSO, que ce n'est pas quelque chose qui va s'en aller du jour au lendemain, mais que je vais devoir vivre et apprendre à vivre avec, avec les outils qu'ils m'ont donnés. [...] Voir que j'ai un gros problème et bien c'est juste une autre étape dans ma vie et un autre *challenge* et que « *let's go* on le fait et on s'en sort » et si je ne m'en sors pas, si les Forces ce n'est plus pour moi aussi, je suis devenu en paix avec moi-même. Si c'est ça, c'est ça. L'armée, les Forces canadiennes c'est ma vie là, j'ai grandi là-dedans, mon père était là-dedans, mais un moment donné il faut qu'on se dise que si ce n'est plus ça ce n'est plus ça. (Participant 5)

Alors que la précédente catégorie principale, *état après la participation au GBSO*, mettait en lumière ce qui restait du GBSO chez les participants près d'un mois après leur participation, la grande catégorie suivante fait un retour sur leur expérience durant le GBSO, en explorant leur satisfaction envers ce traitement. Dans le cadre de notre recherche, ces données permettent de faire ressortir certains facteurs qui ont été favorables à la participation à ce groupe de traitement.

Sixième catégorie principale : F) Appréciation du GBSO par les participants

Nous avons questionné les participants sur ce qui constituait selon eux les points forts du GBSO. Les réponses aux entrevues ont fait émerger la catégorie principale *appréciation du GBSO par les participants*. Le Tableau 14 présente les grandes catégories et les catégories de cette catégorie principale selon les réponses des participants.

Tableau 14

Catégorie principale : F. Appréciation du GBSO par les participants

Grandes catégories	Catégories
1. Caractéristiques des intervenants et de leurs interventions	1.1 Crédibilité des intervenants 1.2 Animation favorable à l'attention et au confort des participants
2. Contenu et présentation générale et non spécifique à une seule personne	
3. Liberté de participation active ou non et respect de l'intimité	
4. Comparaison avec d'autres formations en santé mentale offertes dans les Forces armées canadiennes	

Les participants à l'entrevue ont tous mentionné les *caractéristiques des intervenants et de leurs interventions* quand ils ont été questionnés sur les points forts de ce traitement. Cette grande catégorie fait référence à la perception qu'ont les participants des connaissances que possèdent les intervenants, de leur attitude, de leur gestion du

groupe et de l'animation. L'analyse des verbatim permet de faire ressortir deux catégories qui précisent davantage cette grande catégorie.

Des participants ont notamment fait mention de la *crédibilité des intervenants*, qui a trait à la validité de leurs propos, à leurs connaissances et à l'intérêt qu'ils portent au contenu du GBSO. L'extrait suivant illustre cette catégorie :

Les points forts : c'est la connaissance des intervenants sur la matière. Ils étaient vraiment passionnés, ils croient vraiment à ce qu'ils font. [...] J'ai un sentiment qu'il n'y a rien qui a été manqué. Et ce qu'ils disaient c'était la vérité, les exemples donnés c'était des exemples qui arrivaient pour vrai et puis honnête. C'était vraiment honnête, parce que tu le voyais qu'elles étaient passionnées, tu voyais que ce n'était pas juste, comme je t'ai dit avant : « Il faut qu'on fasse ça, écoute ce qu'on te dit, on a 18 *slides*, clic... O.K. c'est fini. » Ce n'était vraiment pas ça. (Participant 5)

Plusieurs participants ont aussi souligné que l'attitude des intervenants et leur gestion du temps et des interventions dans le groupe constituaient une *animation favorable à l'intérêt et au confort des participants*. L'extrait suivant en donne une illustration :

La première journée qu'on a fait le GBSO personne ne parlait et c'était calme, très très très calme. Et la deuxième et la troisième là le monde commençait à parler. Veux veux pas, tu rentres et les deux intervenantes sont bonnes, parce qu'elles sont calmes eux autres et elles te parlent et elles sont intéressantes et puis... vraiment elles sont là pour de quoi! Les deux là! Mais je dis, elles sont vraiment là pour de quoi parce qu'elles ont le tour de parler au monde. C'est bizarre, tu te sens bien là. (Participant 2)

La grande catégorie suivante est en lien avec le contenu du GBSO qui est rapporté comme étant *général et non spécifique à une seule personne* et fait référence aux différentes difficultés liées à la BSO qui sont couvertes par le contenu présenté dans le GBSO. L'appréciation des participants est notamment due au fait que le contenu du GBSO est vaste et ne s'applique pas qu'à une seule personne ou à une situation précise et qu'elle peut rejoindre tous les participants qui ont été référés à ce groupe. L'extrait suivant illustre cela :

Pour avoir un groupe et peut-être avoir du monde qui ont quatre, cinq, six différentes affaires, qui vivent différentes affaires c'était vraiment global et pas spécifiquement juste pour une personne ou une BSO, c'était vraiment pour l'apprentissage. Alors c'était idéal puisque ça concerne tout le monde et ne va pas dans des situations spécifiques. (Participant 5)

Les participants ont aussi rapporté avoir apprécié le fait de ne pas s'être sentis obligés de parler et de dévoiler des éléments de leur vie personnelle au cours du GBSO. Cela constitue la troisième grande catégorie, c'est-à-dire *liberté de participation active ou non et respect de l'intimité*. L'extrait qui suit en fait l'illustration :

Le plus gros point qu'il faut garder en tête avec ces classes-là, c'est que ce n'est pas imposé et ce n'est pas invasif. Il ne faut pas que la personne se sente forcée de dire un mot pendant les six sessions. On est tous ici pour se traiter individuellement, mais les classes sont là pour mieux comprendre notre situation pour qu'on puisse aller se faire traiter individuellement et parler de nos problèmes personnels rendus dans un bureau fermé avec une autre personne ou le docteur ou peu importe. (Participant 3)

Au-delà de leur satisfaction à l'égard du GBSO, des participants ont également comparé le GBSO à d'autres interventions en lien avec la santé mentale auxquelles ils ont assisté. La dernière grande catégorie de cette catégorie principale est *comparaison avec d'autres formations en santé mentale offertes dans les Forces armées canadiennes*. De nombreuses formations obligatoires sur la santé mentale sont offertes aux militaires. Des participants ont rapporté que le contexte dans lequel ces présentations sont données ne favorise pas toujours l'assimilation de l'information. Il peut s'agir notamment du moment de la présentation, du nombre de participants, du médium utilisé ou du lieu. L'extrait suivant décrit la perte d'intérêt et d'attention ou de concentration souvent observée dans les formations données aux militaires en préparation pour un déploiement :

Bien le monde s'en câlisse d'habitude de ces présentations-là. Ça fait quatre jours qu'ils sont enfermés dans une pièce à écouter du monde parler, alors un moment donné le verre est plein et quand bien même qu'il y aurait n'importe qui en avant qui raconterait ça, même si ça serait super intéressant et super pertinent. C'est plate, mais là-dessus on ne l'a pas pantoute. (Q. C'est avant de partir en mission?) Oui. On l'a déjà dans le corps et là en plus de se faire catapulter, on a des affaires sur ça, la psychologie, le syndrome de post-traumatique. Après ça, on a d'autres affaires sur la culture afghane et après ça on a d'autres affaires sur ce qui va arriver avec notre pension si jamais on crève. Ça n'arrête pas. Oui c'est ça et on est tous des gars qui sont super gros physiques et puis déjà tu nous demandes de nous asseoir sur une chaise pendant quatre heures là. (Participant 4)

Les participants ont été questionnés sur les points forts du GBSO, mais aussi sur les points pouvant être améliorés. Les réponses des participants ont donné lieu à la prochaine catégorie principale.

Septième catégorie principale : G) Recommandations des participants en ce qui a trait aux difficultés ou aux insatisfactions vécues dans le GBSO

Les participants au GBSO ont exprimé certaines difficultés ou insatisfactions qui ont fait l'objet de commentaires et de recommandations de leur part. Le Tableau 15 présente les grandes catégories de cette catégorie principale.

Tableau 15

Catégorie principale : G. Recommandations des participants en ce qui a trait aux difficultés ou aux insatisfactions vécues dans le GBSO

Catégories
1. Être stable émotionnellement avant de participer au GBSO
2. Informer les participants de se présenter en tenue civile
3. Donner des références dans le cahier du participant
4. Essayer les techniques de respiration durant les séances
5. Augmenter le nombre de séances et diminuer la durée de chacune
6. Formaliser l'engagement et la disponibilité à participer au GBSO

Des participants ont fait part de leur difficulté à être disposé à participer au GBSO à cause d'une fragilité émotionnelle. L'extrait suivant illustre la catégorie *être stable émotionnellement avant de participer au GBSO* :

C'est ça que j'ai dit à l'infirmière aussi, à la fin on l'a rencontrée et j'ai dit : « Je sens que j'aurais été mieux un petit peu plus tard, parce que je ne suis même pas stabilisé là. Mes pilules ne font pas effet sur le moral et sur mes émotions présentement. » Avec la psychiatre on est encore en train de changer des affaires. Pour mon cas à moi, je dirais que c'était trop tôt, pour mon ouverture à ça. (Participant 1)

La catégorie suivante, *informer les participants de se présenter en tenue civile*, vient du fait que le port de l'uniforme ou de l'habit civil lors des séances est à la discrétion du participant. Des participants ont mentionné que l'uniforme dévoile des informations sur eux et sur les autres, notamment sur leur milieu de travail et leur grade, ce qui peut contribuer à un inconfort pour tout un chacun. Certains participants ont notamment de fortes réactions par rapport à l'uniforme en raison de ce qu'il évoque. L'extrait suivant en fait l'illustration :

Moi et un autre on est arrivé en habit militaire et puis ce fut la dernière *shot*, toutes les autres sessions tout le monde était en civil. Parce que là-dedans dans ce groupe-là il y en a qui n'aiment pas le combat [c'est-à-dire l'uniforme]. On l'a vu, on l'a remarqué. Tu vois le flap, le nom, le grade, on a vu qui était sergent ou officier. Il faudrait qu'ils le disent au début, ça ils ne l'ont pas dit : « Venez en civil. » Mais ils disent : « Venez comme vous voulez. » Moi dans ma tête ça n'a pas passé. On se promène toujours en combat ici. Qu'ils disent : « Venez tous en civil. » Ah, ça serait un bon point à passer. « Change-toi, arrange-toi, mais viens en civil. » Alors au moins tu ne vois *fuck all* et il n'y a pas de « O.K. toi tu es 22... » (Participant 2)

La suggestion de *donner des références dans le cahier du participant* a été faite par quelques participants afin de leur permettre d'approfondir leurs connaissances sur la BSO par eux-mêmes. L'extrait suivant en fait mention :

Les pistes qu'ils donnent pour aller plus loin ce sont les services. Mais moi j'étais déjà dans l'engrenage avant les classes alors j'avais déjà mes rendez-vous avec le psychiatre et éventuellement ça va être avec le psychologue. Alors pour ce qui est des pistes, des livres à lire ou des choses... des études, aller regarder ça sur Google, ou tel livre ou ça j'aurais adoré ça l'avoir avec le GBSO, parce que ma psychiatre l'a fait, elle, elle m'a donné un petit... peut-être quoi? Vingt pages

et j'ai appris à travers de ça alors moi j'aime ça être stimulé et pouvoir continuer ce qu'on fait suite aux rencontres. (Participant 3)

Un participant a mentionné la pertinence d'essayer et de pratiquer dans le cadre du GBSO les techniques de relaxation alors qu'elles sont, dans le format actuel du GBSO, uniquement expliquées et recommandées. La catégorie *essayer les techniques de respiration et de relaxation durant les séances* décrit cette recommandation et est illustrée par l'extrait suivant :

La respiration diaphragmatique ça je donnerais une classe dans le gym ou une classe avec des coussins afin que le monde comprenne c'est quoi. L'expliquer oui, ils nous ont donné le disque c'est correct, je l'ai fait et moi j'ai installé Respirelax, j'essaie de le faire, c'est dur parce que je suis dans mes pensées et dans tout. Mais prendre le temps de dire au monde : « La prochaine demi-heure, que tu veuilles ou que tu ne veuilles pas, tu vas relaxer. On va t'apprendre les bienfaits de la relaxation. » Parce qu'en thérapie à la Vigile, on l'a fait à tous les soirs, on est obligé, et puis comme je vous ai dit, je veux m'en sortir alors je l'ai fait, je le faisais, même si je me battais avec moi-même, et les fois que je l'ai fait avec [la méthode de] Jacobson, quand je sortais de là, moi je ne dormais pas en relaxation, mais j'avais le sentiment d'avoir fait une sieste sans dormir. Alors je trouverais que ça serait bon de le mettre obligatoire pour ceux qui ont de l'anxiété et tout ça... Ça, je trouverais ça important. D'apporter des coussins, tu vas te coucher et tu vas relaxer. (Participant 1)

Des participants ont fait mention de difficultés d'attention et de concentration rendant difficile l'intégration du contenu du GBSO, qui peut être dense pour plusieurs. La catégorie *augmenter le nombre de séances et diminuer la durée de chacune* est une recommandation émise par des participants visant à pallier cet obstacle et est illustrée par l'extrait suivant :

Dans l'armée on est habitué à 40 minutes, alors après la pause c'est tout le temps un petit peu plus... ça demande un petit peu plus d'énergie et on est tous du monde médicamenté là-dedans. Je ne sais pas si plus de sessions, moins de temps ça serait possible aussi. Parce que nous autres on est formé 40 minutes, au bout de 40 minutes le monde commence à bouger et puis... on décroche. Alors là une heure, on commençait à 13 h 30 jusqu'à 15 h. Alors on faisait comme 45 minutes-une heure, 10 min et 20 min après là... c'était plus... On voit que le monde commence à bouger plus. C'est long un peu. Mais il n'y a pas de longueurs. C'est juste long de se concentrer et d'avoir beaucoup de choses à assimiler. Je ne sais pas si huit sessions serait possible, c'est une idée que je donne. (Participant 1)

Un des participants a relevé la difficulté que représente la participation au GBSO et la conciliation avec le travail. Plusieurs participants ne pouvaient pas assister à toutes les séances ou encore devaient retourner au travail, ce qui n'est pas toujours favorable à la participation au groupe ou encore à offrir des conditions optimales pour cette participation. La dernière catégorie, *formaliser l'engagement et la disponibilité à la participation au GBSO*, est une recommandation qui vise à assurer ou à permettre aux participants d'être disponibles pour les différentes séances du groupe en les libérant de leurs obligations pendant et après les séances. L'extrait suivant décrit de lui-même cette recommandation :

J'en voyais un je pense qu'il a manqué trois sessions et il travaille à la cuisine parce qu'il fallait qu'il fasse l'inventaire ou il fallait qu'il fasse ci, il arrivait en retard parce qu'il n'était pas capable de se libérer. O.K. bien c'est quoi la priorité? Il faut mettre une priorité, il y a juste une priorité dans la vie là. Tes priorités est-ce que c'est le GBSO ou si c'est l'ouvrage? Si c'est l'après-midi eh bien que la personne soit libérée à l'heure du dîner et qu'elle revienne juste travailler lendemain matin. Parce que le gars n'a pas le temps, il arrive ici à la course, il fait son affaire et il repart à la course pour retourner parce qu'il a de la job encore à finir. Il faut vraiment que la chaîne de commandement soit avisée que cette personne-là c'est une parade, il vient ici, le *dress* c'est civil et puis qu'il

ne retourne pas... parce que moi je suis vidé et je suis à la maison déjà, imagine le monde qui sont au travail et qui rentre à 6 h du matin et puis il faut qu'ils retournent au travail. Ça ne donne pas l'effet maximal pourquoi qu'on fait le GBSO, pourquoi que je pense qu'on fait le GBSO [...]. Quand ils ont des rendez-vous avec les psychologues, avec les psychiatres ou un rendez-vous en bas bien c'est une parade, il faut qu'ils se présentent. Tu fais la même affaire avec le GBSO il faut que tu te présentes. Je sais que c'est volontaire, ce n'est pas une obligation présentement, mais si moi je dis oui je vais participer et bien c'est un contrat que je fais avec vous pour dire : « O.K. garde-moi une place. Moi je vais faire ce que j'ai à faire et vous ce que vous avez à faire ».

Cette section présentait les résultats de l'analyse qualitative des données recueillies au moyen d'entrevues avec les participants. L'analyse des données a permis de déterminer différents niveaux de catégories dont les extraits d'entrevues ont permis d'illustrer plus clairement les résultats. Nous présenterons maintenant la discussion de ces résultats.

Discussion

La discussion est présentée en trois sections. La première section est constituée de l'interprétation des résultats en fonction des trois objectifs de l'étude. La deuxième section détaille les forces et les limites de la présente étude. La dernière partie présente les retombées de l'étude ainsi que des pistes de recherche future qui pourraient s'avérer pertinentes afin de mieux connaître l'effet de la psychoéducation dans le cadre du traitement de la BSO ou de l'état de stress post-traumatique.

Interprétation des résultats en lien avec les objectifs de l'étude

La présente étude avait pour objectif général d'évaluer l'effet d'un groupe de psychoéducation sur la blessure de stress opérationnel (GBSO). Ce groupe a été développé sur la base militaire de Valcartier comme première phase d'intervention auprès des militaires référés au PSTSO. Pour atteindre cet objectif général, une méthode mixte alliant des données quantitatives et qualitatives a été utilisée pour obtenir une vision d'ensemble des effets de ce traitement. Le premier objectif visait à mesurer l'effet du GBSO sur les symptômes de stress post-traumatique ainsi que sur la qualité de vie générale, incluant une variété de symptômes associés à la détresse psychologique et aux difficultés dans les relations interpersonnelles ainsi que dans les rôles sociaux. Le deuxième objectif était d'explorer l'expérience subjective des participants quant à leur cheminement vers le GBSO et à leur participation à celui-ci. Cet objectif visait à

compléter le premier objectif en tentant de voir si, au-delà des changements quantitatifs sur le plan de la symptomatologie, il y avait aussi des changements dans la perception qu'ont les participants de leurs symptômes, de la BSO et d'eux-mêmes. Les données quantitatives et qualitatives recueillies auprès des participants visaient donc ensemble à évaluer la portée du GBSO. Le troisième et dernier objectif visait à connaître les difficultés vécues par les participants au GBSO ainsi que leur appréciation du GBSO afin d'obtenir des recommandations permettant d'améliorer ce programme. Dans la section qui suit, nous dresserons d'abord un portrait de l'échantillon en faisant un retour sur les caractéristiques cliniques des participants, c'est-à-dire sur la symptomatologie que ces derniers présentaient avant leur participation au GBSO. Les résultats obtenus feront ensuite l'objet d'une discussion tenant compte des trois objectifs de la présente étude et de la documentation dans le domaine.

Caractéristiques cliniques des participants

À la lumière de la PCL-M, qui permet de reconnaître la présence d'un état de stress post-traumatique chez les membres de populations militaires, et suivant les seuils fournis par Dickstein et al. (2015), nous avons constaté qu'au moment de commencer leur participation au GBSO, la totalité des participants à la présente étude présentait au minimum un ESPT partiel. Par ailleurs, la majeure partie d'entre eux, soit 94,5 %, satisfaisait à tous les critères du diagnostic d'ESPT. Notre échantillon était également représentatif d'une population militaire requérant des services en santé mentale à la suite d'un déploiement selon les seuils proposés par Paul et al. (2013). Enfin, une grande

proportion des participants, soit 82,4 % d'entre eux, obtenaient des résultats similaires à une population de vétérans en consultation, c'est-à-dire présentant un ESPT chronicisé et diagnostiqué, selon les seuils définis par Forbes et al. (2001) et Weathers et al. (1993).

En utilisant les seuils de l'OQ-45.2, nous avons observé, chez 90 % des participants, une symptomatologie et des difficultés dans plusieurs sphères affectant leur qualité de vie générale, ce qui les rend comparables à une population en traitement pour des troubles de santé mentale. Ces résultats sont formulés selon les critères établis par Lambert et Hill (1994), qui visent à discriminer une population clinique (provenant de cliniques externes et de programmes d'aide aux employés) d'une population non clinique (provenant de la communauté). Ces résultats sont basés sur le score total obtenu à l'OQ-45.2, qui est composé des résultats aux trois sous-échelles de ce test. Les résultats obtenus révèlent chez les participants une souffrance liée à la présence de symptômes de désordres mentaux fréquemment diagnostiqués, à la présence de difficultés dans les relations interpersonnelles et, finalement, à des difficultés et à de l'insatisfaction liées au fonctionnement au travail et à la maison.

Premier objectif : mesurer l'effet du GBSO sur la symptomatologie

Comme nous l'avons vu précédemment, en dépit de la fréquence de l'utilisation de la psychoéducation dans le traitement de l'ESPT, très peu d'études ont porté sur ses effets sur la symptomatologie. De plus, à notre connaissance, aucune recherche n'a porté sur l'effet de la psychoéducation sur la symptomatologie de militaires actifs en

consultation pour des difficultés psychologiques consécutives à un déploiement en zone de guerre. Le premier objectif de cette recherche visait donc à mesurer les changements opérés sur la symptomatologie des participants au GBSO en comparant les résultats obtenus en prétest et en post-test avec les outils psychométriques que sont la PCL-M et l'OQ-45.2. Pour ce faire, nous avons premièrement mené des analyses statistiques faisant appel à des ANOVA à mesures répétées afin de connaître l'incidence du traitement sur l'ensemble des participants. Deuxièmement, nous avons analysé les résultats obtenus en prétest et en post-test à la lumière des seuils reconnus pour les outils psychométriques utilisés. Ces seuils permettent de détecter une amélioration, une détérioration ou une absence de changement cliniquement significatif pour chacun des participants. Nous discuterons ici des résultats des analyses que nous avons effectuées pour chacun des instruments psychométriques en fonction des dimensions qu'ils mesurent.

En ce qui concerne la symptomatologie liée à l'ESPT, des résultats statistiquement significatifs aux ANOVA à mesures répétées ont été obtenus à l'échelle globale de la PCL-M ainsi qu'à deux des trois sous-échelles, c'est-à-dire celles correspondant aux symptômes cardinaux de reviviscence et d'hyperactivation neurovégétative. Cela indique que pour l'ensemble des participants, le GBSO a eu un effet positif sur la réduction de la symptomatologie globale d'ESPT et, plus particulièrement, des symptômes relatifs aux reviviscences et à l'hyperactivation neurovégétative. La taille d'effet – la probabilité que les changements observés soient

dus au traitement – découlant de ces analyses, qui nous permet de connaître la signification au plan clinique du GBSO, est moyenne. Ce résultat est intéressant, puisque cette magnitude est supérieure à celle obtenue dans les recherches menées sur les séances de psychoéducation du *Battlemind Training* offertes aux militaires américains de retour de déploiement. En effet, Adler et al. (2009) de même que Castro et al. (2012) ont notamment étudié l'effet du *Battlemind Training* sur les symptômes de stress post-traumatique, comme mesurés avec la PCL-M, et ont observé une diminution de la symptomatologie d'ESPT, mais avec une petite taille d'effet. Rappelons toutefois que les séances postdéploiement du *Battlemind Training* diffèrent beaucoup du GBSO, puisqu'il s'agit de séances uniques allant de 40 à 79 minutes, alors que le GBSO est constitué de six rencontres d'une durée de deux heures chacune. De plus, le *Battlemind Training* est un programme de psychoéducation offert à tous les militaires après leur déploiement, à la différence du GBSO qui est offert à des militaires chez qui des symptômes d'ESPT ont été observés. La différence entre les résultats des études sur le *Battlemind Training* et ceux de la présente recherche pourrait s'expliquer, d'une part, par le fait que les participants au GBSO constituent une population clinique (c'est-à-dire qu'ils présentent tous des symptômes d'ESPT), et, d'autre part, par le fait que le traitement en lui-même est plus approfondi que celui offert dans le cadre des séances de psychoéducation réalisées lors d'un retour de déploiement. Considérant les résultats partagés rapportés dans la documentation par rapport à l'effet de la psychoéducation sur la symptomatologie de l'ESPT, les résultats de la présente étude sont fort intéressants,

car ils suggèrent notamment que le contenu et la durée du programme peuvent jouer un rôle dans la portée du traitement psychoéducatif.

Toutefois, selon les résultats des analyses faisant appel à des ANOVA à mesures répétées, la sous-échelle de la PCL-M constituée des symptômes cardinaux liés à l'évitement et à l'émoussement n'a pas atteint le seuil de signification statistique. Cela signifie que la diminution des symptômes d'évitement et d'émoussement après la participation au GBSO n'a pas été suffisante pour que l'on considère que le GBSO a entraîné un changement sur ce groupe de symptômes. Il est possible de poser comme hypothèse que les symptômes d'évitement constituent chez les participants une stratégie persistante et nécessitent un traitement plus approfondi. Comme le mentionnent Foa et al. (2009), qui ont développé un modèle de traitement de l'ESPT basé sur celui des troubles anxieux, l'évitement est la cible principale des traitements psychologiques cognitivocomportementaux faisant appel à des techniques d'exposition aux souvenirs traumatiques.

Nous pouvons comprendre cette persistance de l'évitement grâce au modèle cognitivocomportemental de Mowrer (1960) sur le traumatisme. Selon ce modèle, les indices présents dans l'environnement lors de l'incident traumatique deviennent conditionnés par la peur et provoquent une forte réaction émotionnelle et physiologique quand les individus y sont exposés. Pour réduire cette réactivation désagréable, les personnes traumatisées tendent automatiquement à éviter physiquement, cognitivement

et émotionnellement le stimulus conditionné par la peur. L'évitement permet de soulager la personne en réduisant la réactivation déplaisante, mais ce soulagement agit aussi comme renforçateur puissant et rend l'évitement pathologique. Cet évitement de stimuli de peur est inadapté, puisqu'il empêche l'extinction et la rémission de symptômes d'ESPT. En effet, comme le mentionnent Pineles et al. (2011) dans une recherche sur l'effet médiateur de l'évitement comme stratégie de *coping* dans l'ESPT, bien que l'évitement soit une stratégie d'adaptation et d'autoprotection visant à diminuer l'anxiété chez ceux qui souffrent d'ESPT, il contribue à l'échec de la rémission naturelle de ce trouble et constitue le facteur principal dans la persistance des symptômes de l'ESPT. L'évitement provoque un renforcement positif immédiat de l'anxiété, ce qui le rend persistant et difficile à éliminer.

En plus de ces facteurs liés à une symptomatologie persistante, il est aussi possible de considérer l'hypothèse que les participants soient devenus plus conscients de certains de leurs symptômes à la suite du GBSO et qu'ils les aient ainsi davantage observés et rapportés lors du post-test. Durant le GBSO, les différents symptômes de l'ESPT sont présentés, et le modèle cognitivocomportemental de l'ESPT ainsi que le barrage émotionnel qui décrit le mécanisme sous-jacent à l'émoussement émotionnel sont expliqués. Les participants sont donc sensibilisés aux répercussions de l'émoussement émotionnel et de l'évitement, et ils reçoivent comme recommandation de diminuer leurs comportements d'évitement et de lutter contre une tendance naturelle à l'évitement.

L'hypothèse d'une capacité accrue à rapporter les symptômes d'ESPT à la suite de la psychoéducation est aussi émise par Yeomans, Forman, Herbert et Yuen (2010) pour expliquer l'augmentation de la symptomatologie d'ESPT rapporté en post-test par un groupe ayant participé à de la psychoéducation, dans une recherche avec groupe témoin réalisée auprès d'une population de réfugiés du Burundi. Ainsi, en plus de la persistance des symptômes, l'absence de changement sur le plan des symptômes d'évitement et d'émoussement au post-test chez les participants au GBSO pourrait s'expliquer par une plus grande capacité à reconnaître ces symptômes et à les rapporter lors de la passation de la PCL-M après leur participation au GBSO. Une capacité accrue à reconnaître les symptômes et à pouvoir en faire part à l'équipe clinique constitue d'ailleurs l'un des objectifs du GBSO. De plus, cette hypothèse d'une plus grande capacité chez les participants à reconnaître leurs symptômes à la suite du GBSO est soutenue par les analyses et données qualitatives que nous avons obtenues à la suite des entretiens. Nous y reviendrons lors de la discussion sur le deuxième objectif de la recherche.

En plus des analyses utilisant des ANOVA à mesures répétées qui nous ont permis de mesurer l'effet de la psychoéducation sur l'ensemble des participants, nous avons utilisé les seuils cliniques de la PCL-M afin d'avoir une idée de l'effet du GBSO sur chacun des participants. L'analyse des résultats obtenus à la PCL-M au moyen des seuils cliniques nous offre une perspective différente de l'analyse de ces résultats au moyen d'ANOVA. L'analyse utilisant les seuils cliniques concerne les résultats

individuels et précise l'évolution de la symptomatologie chez chacun des participants en mettant en évidence les améliorations, détériorations ou absences de changement du point de vue de la symptomatologie. En utilisant la norme la plus significative en matière de changement clinique, soit celle de 20 points de différence entre les deux passations de la PCL-M, nous avons observé une amélioration significative du score global à la PCL-M chez près de 19 % des participants. Toutefois, la majeure partie des participants, soit près de 74 % d'entre eux, n'ont pas montré de changement, et un peu moins de 8 % des participants ont connu une détérioration de leurs symptômes globaux d'ESPT entre le pré et le post-test. Peu de participants ont donc montré une détérioration, et uniquement deux de ceux-ci ont montré une détérioration sur toutes les échelles de la PCL-M. Il ne nous est pas possible de connaître les détails de cette détérioration, puisque la PCL-M n'offre pas de résultat seuil pour chacun des trois groupes de symptômes cardinaux. Cela nous aurait permis de déterminer si l'amélioration ou la détérioration était plus particulièrement présente sur l'un ou l'autre des symptômes cardinaux, dont ceux de l'évitement et de l'émoussement.

La différence entre le résultat des ANOVA à mesures répétées, qui montre une amélioration de la symptomatologie, et le résultat de l'analyse au moyen des seuils cliniques, qui ne montre pas de changement chez la majorité des participants entre le prétest et le post-test, réside d'abord dans le fait que les analyses aux ANOVA à mesures répétées sont des calculs de moyennes qui considèrent le groupe dans son entier. Bien qu'il y ait eu davantage de participants n'ayant pas rapporté de changement significatif,

un pourcentage notable de participants (19 %) ont répondu aux critères d'amélioration clinique, et ce pourcentage est largement supérieur à celui des participants ayant connu une détérioration de leurs symptômes (8 %). Un autre élément pouvant expliquer la différence entre les résultats des ANOVA et ceux des seuils cliniques réside dans le calcul de la signification clinique : l'effet clinique dans les analyses utilisant les ANOVA à mesures répétées est obtenu en calculant la taille d'effet ainsi que la probabilité de rejeter l'hypothèse nulle, alors que les seuils cliniques sont choisis selon la méthode suggérée par Jacobson et Truax (1991), qui ont proposé un indice de changement qui permet de déterminer si un changement mesuré chez un client est significatif au point de vue clinique.

Nous avons aussi conduit des analyses avec l'OQ-45.2, qui mesure la qualité de vie générale, une variété de symptômes associés à la détresse psychologique ainsi que les difficultés dans les relations interpersonnelles et dans les occupations. Les ANOVA à mesures répétées ont montré une amélioration significative des symptômes mesurés par chacune des échelles de l'OQ-45.2, à l'exclusion toutefois de la sous-échelle *Rôles sociaux*. Ces résultats suggèrent que pour l'ensemble du groupe, la qualité de vie générale, une variété de symptômes associés à la détresse et, dans une moindre mesure, les relations interpersonnelles, se sont améliorées à la suite du GBSO. Ce dernier aurait donc un effet positif sur la qualité de vie en général comme mesurée par l'OQ-45.2, ce qui comprend les symptômes de détresse psychologique associés aux conditions de santé mentale les plus courantes telles que les troubles anxieux, les troubles affectifs, les

troubles de l'adaptation et les maladies liées au stress. Par contre, le GBSO aurait un effet clinique moindre sur les difficultés associées à la solitude, aux conflits interpersonnels et aux problèmes conjugaux et familiaux. Il est possible d'expliquer ce dernier élément par le fait que les participants rapportaient au départ moins de difficultés sur cette échelle et que les difficultés dans les relations interpersonnelles ne sont pas un problème ciblé spécifiquement dans le GBSO.

Compte tenu de la rareté des recherches en psychoéducation dans le traitement du traumatisme, il ne nous a pas été possible de trouver des études qui mesurent des domaines comparables à ceux de l'OQ-45.2 et que nous pourrions utiliser comme point de comparaison.

Il a été rapporté précédemment que la sous-échelle *Rôles sociaux* n'avait pas obtenu de résultats significatifs aux ANOVA à mesures répétées. Par ailleurs, selon les analyses utilisant les seuils cliniques, il s'agit de la sous-échelle pour laquelle le plus faible nombre de participants ont montré un changement, que ce soit dans le sens d'une amélioration ou d'une détérioration. Ces résultats suggèrent que le GBSO ne contribue pas, du moins à court terme, à modifier l'intensité des difficultés de la personne à remplir ses rôles au travail ou à la maison. Il faut cependant prendre en considération que le GBSO fait partie des services de deuxième ligne en santé mentale et qu'il s'accompagne généralement d'une catégorie médicale qui limite l'exercice des fonctions et le temps de travail. De plus, plusieurs participants étaient ou se sont retrouvés en arrêt

de travail durant leur participation au groupe. Ces éléments pourraient limiter grandement la possibilité d'obtenir un changement dans la satisfaction vécue au point de vue occupationnel.

L'analyse, au moyen des seuils cliniques, des résultats obtenus à l'OQ-45 présente des résultats similaires à celle des résultats obtenus à la PCL-M en matière d'amélioration, d'absence de changement et de détérioration. En effet, pour tous les sous-tests analysés, on observe davantage de participants qui ne présentent pas de changement à la suite de leur participation au GBSO que de participants qui présentent une amélioration. Par contre, encore une fois, nous observons qu'une proportion notable de participants rapportent une amélioration de leur condition, et que ces participants sont nettement plus nombreux que ceux présentant une détérioration.

La sous-échelle de l'OQ-45 pour laquelle les meilleurs résultats ont été obtenus aux ANOVA à mesures répétées ainsi qu'aux analyses faisant appel aux seuils cliniques est celle des *Symptômes de détresse*. Cela indique que la participation au GBSO pourrait être associée à la diminution de l'intensité d'une variété de symptômes de détresse présentés par des participants. Ces symptômes traduisent la présence d'une détresse psychologique importante ainsi que des difficultés dans la gestion de cette symptomatologie. La connaissance, l'acceptation et une meilleure gestion de la symptomatologie sont notamment ce que vise la psychoéducation, comme l'avancent

Wessely et al. (2008), qui, en tant que spécialistes de l'ESPT, ont discuté du rôle de la psychoéducation dans le traitement de l'ESPT.

De façon générale, ces résultats démontrent que la participation au GBSO semble favoriser une amélioration significative de la symptomatologie pour les militaires qui ont participé à la recherche. La taille d'effet indique que l'incidence thérapeutique est moyenne. Ce résultat est supérieur à ce à quoi nous nous attendions considérant les résultats des études d'Adler et al. (2009) et de Castro et al. (2012). La taille d'effet obtenue dans notre recherche est, de ce fait, très satisfaisante.

L'analyse des résultats à la PCL-M et à l'OQ-45 au moyen des seuils nous permet de constater que plusieurs participants ont rapporté une amélioration significative de leur symptomatologie, mais aussi que certains ont connu une détérioration. Or, le calcul risque-bénéfice est important à considérer dans l'évaluation d'un traitement, et le GBSO présente justement plus de bénéfices que d'inconvénients, compte tenu de l'importante proportion de participants qui ont rapporté une amélioration de leur condition, en comparaison avec ceux ayant rapporté une détérioration. Rappelons que parmi ces derniers, seuls deux participants ont montré une détérioration sur toutes les échelles qui ont fait l'objet des analyses. Il serait donc pertinent de connaître les caractéristiques ou les facteurs individuels qui expliquent cette détérioration. De façon générale, mais peut-être sans pouvoir s'appliquer à tous les cas, l'un des facteurs qui pourraient permettre d'expliquer une augmentation de la symptomatologie rapportée en

post-test soit une meilleure reconnaissance, par les participants, de leur symptomatologie après leur participation au GBSO. Cela demeure toutefois hypothétique, et il serait souhaitable, dans de futures recherches, de considérer une méthode qui permettrait de documenter les éléments pouvant contribuer à une détérioration chez certains participants. Outre une meilleure reconnaissance de leur symptomatologie, la condition des participants au moment de leur participation (présence de symptômes dépressifs, intensité des symptômes d'ESPT) pourrait aussi être un facteur jouant sur les différents résultats obtenus par les participants à la suite du GBSO. Ces hypothèses seront abordées dans les pages suivantes, qui traitent du deuxième objectif de la recherche.

Deuxième objectif : explorer l'expérience subjective des participants quant à leur cheminement vers le GBSO et à leur participation à celui-ci

Le deuxième objectif visait à explorer l'expérience subjective des participants à ce qui a trait à leur cheminement vers le GBSO et à leur participation à celui-ci afin de saisir les changements opérés sur leurs symptômes ainsi que sur la connaissance et la perception qu'ils avaient d'eux-mêmes et de la BSO. Cet objectif visait entre autres à compléter le premier objectif en tentant de voir si, au-delà des changements quantitatifs au plan de la symptomatologie, il y avait aussi des changements dans la perception qu'avaient les participants de leurs symptômes, de la BSO et d'eux-mêmes.

Premièrement, en ce qui concerne les données recueillies au moyen des entrevues semi-structurées, en réponse à la question « Quand vous avez décidé de consulter,

quelles étaient vos préoccupations concernant votre état de santé psychologique? », les participants ont rapporté souffrir de symptômes de stress post-traumatique, comme en témoignent aussi les résultats quantitatifs obtenus par la PCL-M. Les participants ont en effet énuméré la triade de symptômes cardinaux que sont les reviviscences, les symptômes d'évitement et d'émoussement ainsi que l'hyperactivation neurovégétative. Les données qualitatives recueillies ont aussi permis d'avoir accès à la nature de la détresse qu'ils vivaient et de compléter les données quantitatives. Ainsi, outre les symptômes de stress post-traumatique dont ils ont parlé, plusieurs participants ont rapporté des symptômes qui n'étaient pas spécifiquement mesurés par les échelles autorapportées. Par exemple, plusieurs ont évoqué la présence de symptômes dépressifs importants, de pensées suicidaires, de même qu'une consommation problématique d'alcool et de drogues. L'anxiété, la dépression sévère, l'abus d'alcool et l'état de stress post-traumatique sont souvent rapportés par des militaires ayant participé à un déploiement en zone de guerre et correspondent à ce qui est décrit sous le terme générique de blessure de stress opérationnel (BSO) selon Anciens Combattants Canada (2008).

En plus de cette symptomatologie, les participants ont mentionné avoir été préoccupés par les répercussions de la BSO dans les différentes sphères de leur vie. La notion de sécurité pour soi et pour les autres, y compris les éléments de dangerosité suicidaire, a été mentionnée par les participants. Le risque suicidaire, qui n'était pas spécifiquement mesuré par les échelles autorapportées, a semblé important chez les

militaires rencontrés en entrevue et décrit une réalité consécutive aux déploiements en Afghanistan. Si, auparavant, on estimait que le risque suicidaire n'était pas plus élevé chez les militaires que dans la population générale, Sareen et al. (2016) ont rapporté, dans une recherche épidémiologique sur le risque suicidaire chez les militaires canadiens, que les militaires actifs des FAC présentaient plus d'idéations suicidaires, de plans et de tentatives de suicide que la population générale après la mission en Afghanistan. Bien que majeures, les répercussions de la BSO ne se limitent toutefois pas à ce domaine. Les participants rencontrés en entrevue ont tous évoqué une incidence de la BSO dans les différentes sphères de leur vie, sur leur fonctionnement, leurs relations et leur qualité de vie. Ces données viennent appuyer les résultats obtenus à l'échelle globale et aux sous-échelles de l'OQ-45.2, qui montrent les répercussions de la BSO sur la qualité de vie en général ainsi que sur les sphères liées aux relations interpersonnelles et au fonctionnement dans les rôles sociaux. Ces résultats sont aussi congruents avec les études réalisées par Reger et Moore (2009) sur les difficultés et les effets psychologiques du déploiement, qui se situent dans les sphères personnelle, familiale, relationnelle et professionnelle du militaire.

Les entrevues semi-structurées réalisées auprès des participants ont aussi permis de constater que certains comportements liés à la BSO peuvent être considérés comme des stratégies les aidant à composer avec leurs symptômes. La grande catégorie *stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO* peut être comprise à la lumière du concept de coping psychologique, que Lazarus et Folkman (1984) définissent

comme étant les efforts cognitifs et comportementaux qui visent à gérer les exigences internes ou externes qui dépassent les capacités de l'individu. Les stratégies rapportées par les participants – *consommation abusive d'alcool ou de substances, évitement ou isolement, surinvestissement dans les activités physiques ou le travail et demande de mutation* – correspondent à des stratégies d'évitement. Ces dernières sont définies par Lazarus et Folkman comme un ensemble de réponses cognitives et comportementales visant à réduire l'expérience d'anxiété en l'évitant. Les résultats de la présente étude suggèrent que l'évitement serait une stratégie présente depuis longtemps chez les participants. En effet, l'évitement semble avoir été préféré par plusieurs participants avant le recours à la consultation et avoir contribué au délai rapporté avant le début de la démarche de consultation en santé mentale. Ce délai a aussi été observé dans une étude réalisée par Fikretoglu et al. (2006) portant sur la recherche de soins chez des militaires canadiens présentant un ESPT, qui rapporte un important délai entre l'apparition des premiers symptômes et la démarche de consultation, en dépit de l'accessibilité des services de santé mentale.

Afin de bien saisir l'expérience des participants en ce qui a trait à leur parcours avec la BSO, nous leur avons posé la question suivante : « Avez-vous eu des difficultés à amorcer votre démarche de consultation et de participation au GBSO? ». Les participants nous ont fait part des obstacles qu'ils ont vécus et des réticences qu'ils ont eues en ce qui concerne le recours aux soins professionnels. Ceux-ci sont décrits dans la catégorie principale *facteurs nuisibles à l'intervention sur le problème par la*

consultation en santé mentale. D'une part, cette catégorie principale présente la perception que les participants entretiennent d'eux-mêmes et de la BSO, et, d'autre part, elle met en perspective la façon dont cette perception a un effet sur la BSO elle-même et sur la demande de consultation.

Un des premiers éléments qui a pu retarder la demande de consultation se rapporte à la tendance chez les participants à minimiser la BSO, ses symptômes et ses répercussions dans leur vie. L'un des participants a mentionné qu'il ne voulait pas reconnaître la gravité de sa condition, reconnaissant *a posteriori* avoir manqué d'honnêteté envers lui-même, alors que les gens autour de lui étaient conscients de ce qu'il vivait. Ces propos correspondent aux résultats d'une recherche sur l'utilisation des soins de santé mentale chez des militaires canadiens menée par Fikretoglu et al. (2008), qui souligne chez les militaires une difficulté à reconnaître leurs problèmes psychologiques, ce qui dépendrait notamment d'une croyance que leur condition est temporaire ou sans gravité et qu'elle ne constitue pas un trouble de santé mentale. Or, une perception où les difficultés sont minimisées ou non reconnues contribue à retarder les démarches de consultation. Cette difficulté chez les militaires à reconnaître leurs symptômes a aussi été observée par l'équipe clinique du Centre de santé Valcartier, notamment au moment du processus postdéploiement et de l'évaluation psychiatrique, et a été l'un des facteurs qui a conduit à la mise en œuvre du GBSO.

Lors des entrevues semi-structurées, les participants nous ont offert un éclairage intéressant sur des facteurs sous-jacents à cette minimisation des difficultés ou à la non-reconnaissance de la présence d'une BSO. Plusieurs ont fait mention de l'orgueil et du besoin de préserver une image positive d'eux-mêmes; reconnaître en soi une BSO serait l'équivalent de reconnaître un échec ou une faiblesse qui va à l'encontre des idéaux personnels de l'individu. Le milieu dans lequel évoluent les militaires aurait par ailleurs une influence importante sur la construction de cet idéal personnel. Callaghan (2014), qui a travaillé sur la culture militaire dans les Forces armées canadiennes et sur son effet sur l'ESPT, mentionne que dans la culture militaire, particulièrement celle associée aux métiers de combat, prévaut une identité de genre basée sur une hypermasculinité qui mène à la construction d'un idéal de héros sans faille ni faiblesse. Ainsi, reconnaître en soi la présence d'une BSO va à l'encontre de l'idéal d'« invincibilité » dont l'armée peut faire la promotion et auquel semblent avoir adhéré plusieurs participants à la présente recherche.

Les participants nous ont aussi fait part d'un autre facteur pouvant être impliqué dans la non-reconnaissance et la minimisation de la BSO. La valorisation d'une surtolérance à l'inconfort physique et psychologique dans le milieu militaire contribuerait à normaliser des conditions physiques et psychologiques défavorables, ce qui aurait pour effet d'affecter la capacité des militaires à percevoir certains éléments de la BSO et d'augmenter leur tolérance face à ceux-ci. Comme l'indiquent Shields, Kuhl et Westwood (2017), qui ont étudié l'identité hypermasculine dans l'armée et son effet

sur l'adaptation des militaires présentant des blessures psychologiques, l'enculturation aux valeurs de force et d'endurance de l'armée débute dès la formation des recrues et se poursuit tout au long de la carrière. Ces valeurs, conjuguées à l'intensité des entraînements, favorisent la suppression ou l'ignorance des messages biologiques, physiques et psychologiques de douleur ou d'émotivité – surpasser ces messages permettrait d'être apte aux exigences du combat. À la lumière de cette information, nous pouvons comprendre qu'en dépit du caractère fonctionnel lié aux occupations des militaires, cette forme de désensibilisation aux signaux de douleur et d'inconfort peut avoir un effet sur la perception des militaires relativement à la BSO, en favorisant la minimisation ou la non-reconnaissance de celle-ci, et, par conséquent, retarder leur démarche visant à agir sur ces difficultés par la consultation.

Parmi leurs réticences à entreprendre une démarche de soins, les participants nous ont aussi fait part du rôle du jugement ou de la honte, envers soi-même ou autrui, en relation avec les a priori présents dans le milieu militaire envers les troubles de santé mentale. Plusieurs participants ont mentionné que les troubles de santé mentale dans le milieu militaire sont encore mal compris et souvent perçus comme de la faiblesse ou un échec. Ces propos sont importants puisqu'ils révèlent la force des préjugés en lien avec les troubles de santé mentale. La stigmatisation constituerait d'ailleurs le plus important obstacle à la recherche de soins en santé mentale chez les militaires, selon Kim et al. (2010), qui ont étudié ce sujet auprès des militaires de l'armée américaine.

Les participants nous ont décrit plus en détail les formes que la stigmatisation pouvait prendre pour eux. Ils ont fait part de leur crainte ou du fait d'être l'objet de discrimination ou de jugement négatif si leur condition ou le recours à des soins étaient révélés. Ils ont notamment mentionné la possibilité de voir leur carrière compromise, d'être traités différemment par leurs collègues et leur chaîne de commandement, ou encore d'être blâmés pour leurs difficultés. Ces informations nous révèlent l'importance de la perception négative que les participants pouvaient avoir relativement à la BSO et de la persistance, dans leur milieu de travail, de préjugés en lien avec les questions de santé mentale.

Les participants présentant une BSO ont aussi fait mention de l'effet psychologique de ces préjugés sur eux-mêmes. L'un des participants a bien décrit cet effet en mentionnant à quel point sa BSO et son incapacité à réaliser son travail portaient atteinte à l'estime qu'il entretenait de lui-même. Alors qu'il était un militaire performant appartenant à une unité « élitiste », sa condition lui donnait le sentiment « de ne pas être bon, d'être un pas bon, d'être un faible, d'être une merde ». Ce phénomène bien connu se nomme « autostigmatisation » (*self-stigma*) et se définit, selon Kim et al. (2010), comme la honte ou la perception négative qu'entretient l'individu par rapport à lui-même et à sa condition. Ainsi, en plus de ses répercussions sur la recherche d'aide, la stigmatisation a aussi une incidence sur la perception que la personne a de sa maladie et d'elle-même. Cette perception est décrite comme ayant un effet démoralisateur et néfaste sur la condition mentale des participants.

Les réponses des participants concernant leur réticence à amorcer une démarche de consultation ont aussi mis en relief leur inconfort quant au contact avec leurs émotions et au dévoilement de soi. En effet, la consultation nécessite de prendre contact avec ses émotions et de parler de soi-même. Un des participants a notamment fait mention de son appréhension relativement à l'émergence d'émotions négatives qui serait provoquée par le fait de parler de ce qu'il y a en lui. Cet inconfort révèle à quel point certains participants peuvent être chargés d'émotions intenses difficiles à extérioriser, ce qui explique le recours à l'évitement pour se protéger de l'intensité des affects. Cet évitement peut prendre la forme d'un évitement émotionnel pouvant s'exprimer par le sentiment d'être coupé de ses émotions ou de ne pas les ressentir, que celles-ci soient positives ou négatives. Outre ce sentiment d'être coupés de leurs émotions, les participants ont également rapporté être mal à l'aise avec l'expression de leurs émotions, c'est-à-dire la capacité de mentionner à autrui ce qu'ils ressentent et de mettre en mots leurs émotions ou leur détresse.

L'un des participants a décrit cette difficulté comme étant une caractéristique associée à l'infanterie et aux métiers de combat. Cela rejoint les observations de Green, Emslie, O'Neill, Hunt et Walker (2010), qui ont travaillé sur le rôle de la masculinité dans l'expression de la détresse chez des militaires. Selon eux, les exigences et les valeurs qui prévalent dans l'armée contribuent à l'inhibition et au manque de vocabulaire pour exprimer les émotions et la détresse. Dans leur expérience avec la BSO, les participants ont rapporté avoir plusieurs lacunes en matière de régulation

émotionnelle, rendant difficile la gestion et l'expression des émotions associées à la BSO.

Parallèlement à cette difficulté à ressentir, à exprimer et à mettre en mots les émotions, certains participants ont également fait référence à leur perception négative de certaines émotions. Un participant a mis en relief le caractère inacceptable de l'émotion de peur qui peut être présent dans le milieu militaire et a mentionné à quel point il a eu à cacher cette émotion quand il l'éprouvait. Comme le mentionne Callaghan (2014), dans les métiers de combat, la réactivité émotionnelle est perçue comme un danger ou une défaillance, puisque l'on s'attend à ce que le militaire reste stoïque en toutes circonstances, ce qui dénote son professionnalisme et sa capacité à faire face à toutes les situations. L'émotion de peur, inacceptable, devient source de honte, qui s'ajoute au malaise créé par la peur elle-même. De plus, puisque ces émotions sont inacceptables, une crainte de celles-ci peut se développer et accentuer le phénomène de l'évitement. Comme le décrivent Garcia, Finley, Lorber et Jakupcak (2011), qui ont travaillé sur l'association entre les normes et comportements masculins et les symptômes d'ESPT, le blocage de la reconnaissance et de l'expression de l'expérience de détresse psychologique mène à une boucle de rétroaction nuisible où les souvenirs et les émotions se nourrissent les uns des autres sans le sursis approprié que pourrait permettre leur expression. Cela met en relief le fait que la perception négative qu'ont les participants de leurs émotions peut contribuer à l'amplification et au maintien de la BSO et rendre plus difficile la recherche d'aide par la consultation.

En dépit des éléments mentionnés précédemment, qui ont pu contribuer à retarder leur demande de soins, les participants à l'étude ont agi et sont finalement allés chercher de l'aide. Les données collectées lors des entrevues semi-structurées ont révélé des facteurs extrinsèques et intrinsèques impliqués dans leur décision d'entreprendre une démarche de soins. Ainsi, le fait que la BSO et ses répercussions soient perçues et mentionnées par une autre personne semble avoir été un contributeur important à l'initiative de consulter en favorisant la reconnaissance par le participant de ses propres difficultés. Certains participants ont aussi fait référence au sentiment de perte de contrôle de soi. On peut penser que les participants ne pouvaient plus répondre aux valeurs de stoïcisme et de contrôle de soi prisées du milieu militaire. Dans ces cas, il y a peut-être eu une discordance entre les valeurs de la personne (contrôle de soi et stoïcisme) et ses actions réelles (dangerosité par perte de contrôle), ce qui a agi comme motivateur à aller consulter. Les entretiens ont aussi révélé que certains participants avaient constaté que la consultation était devenue pour eux la seule option favorable possible. Il semble que la perception des répercussions de la BSO ainsi que le constat de l'échec des stratégies d'évitement aient dépassé les facteurs qui motivaient la réticence relative à la consultation.

Si les informations précédemment mentionnées mettent en relief l'expérience et la perception que les participants entretenaient d'eux-mêmes et de la BSO pendant leur cheminement vers le GBSO, les entrevues ont aussi révélé les changements qui se sont

opérés chez les participants, lors de leur participation au GBSO, sur la connaissance et la perception qu'ils avaient d'eux-mêmes et de la BSO.

Selon ce qu'ont rapporté les participants, il semble que le contenu présenté dans le GBSO ait favorisé une prise de conscience quant à la présence d'une BSO et à ses répercussions. Les participants ont mentionné que ces prises de conscience avaient été source de réactivité émotionnelle importante, dont un sentiment de culpabilité lié au constat des répercussions de la BSO sur autrui, ainsi que le regret de ne pas avoir agi plus rapidement pour limiter ces répercussions. Certains participants ont aussi fait état de la réactivation des émotions et des souvenirs qui faisaient auparavant l'objet d'une mise à distance par l'évitement. La prise de conscience de la présence d'une BSO a été rapportée par l'un des participants comme étant un choc; il a en effet réalisé que ses difficultés étaient plus importantes et présentes depuis plus longtemps qu'il ne le pensait. Cette observation a également été rapportée par les participants à un groupe de psychoéducation mené à la clinique de santé mentale des FAC à Ottawa, comme le mentionnent Leslie et Heber (2013) dans leur étude portant sur ce groupe. Ces prises de conscience suivant le GBSO et les réactions émotionnelles subséquentes traduisent des changements sur le plan de la minimisation ou de la non-reconnaissance d'une BSO chez les participants. Il semble donc que, lors du GBSO, les participants aient rapidement développé une perception plus juste de leur condition. Des effets positifs de ces prises de conscience ont aussi été rapportés par les participants qui ont mentionné mieux comprendre ce qu'ils vivaient, ce qui leur était bénéfique malgré la souffrance

associée à leur prise de conscience. Ce changement dans la perception que les participants avaient de la BSO est important dans leur cheminement puisque, selon l'étude sur la recherche de soins chez des militaires canadiens menée par Fikretoglu et al. (2006), la reconnaissance et la perception subjective des besoins ainsi que des effets de la maladie par la personne qui en souffre seraient les plus importants facteurs conduisant à la consultation. Nous pouvons penser que pour les participants, le changement dans leur perception agit comme un motivateur à soigner leur condition, ce qui constitue l'un des buts de la psychoéducation.

Outre les prises de conscience qui ont pu susciter des émotions douloureuses, certains participants ont aussi rapporté avoir vécu un certain malaise simplement à participer au groupe. En effet, le fait d'être présent dans le GBSO suffit à dévoiler la présence d'une BSO. Comme évoqué précédemment, ce malaise pourrait être associé à la peur du jugement et de la honte liés aux préjugés entourant la BSO. Les participants ont pour la plupart rapporté que ce malaise était surtout présent au début du groupe, mais qu'il s'est résorbé au fur et à mesure des séances, comme s'ils s'étaient habitués, ou encore parce que leur propre perception négative de la BSO avait changé en raison de leur participation au groupe.

Si le GBSO a eu comme effet dans un premier temps de créer de l'anxiété parce qu'il identifiait et exposait les participants comme ayant une BSO, l'effet de groupe a toutefois eu l'avantage de réunir des personnes présentant la même condition. Comme le

mentionnent Colom et Vieta (2006), qui ont rédigé un manuel de psychoéducation pour les troubles dépressifs, participer à des rencontres psychoéducatives en groupe permet aux patients de se sentir moins isolés, notamment pour ceux qui ont le sentiment d'être seuls à souffrir du trouble. C'est d'ailleurs ce qu'ont rapporté les participants, qui ont indiqué que la présence de pairs comparables dans le groupe a eu un effet soulageant, car cela leur permettait de constater qu'ils n'étaient pas seuls à présenter une BSO. De façon générale, les participants ont rapporté des émotions positives en lien avec leur participation au groupe : ils ont notamment dit s'être sentis soulagés, apaisés et rassurés relativement à leur condition.

En plus de ces expériences sur le plan émotionnel, les participants ont rapporté plusieurs changements cognitifs découlant de leur participation au GBSO. D'une part, ils ont indiqué que les explications données sur la BSO, notamment sur ses causes, ont permis de changer la perception qu'ils avaient de la BSO, c'est-à-dire les préjugés qu'ils entretenaient envers la BSO. Des participants ont rapporté mieux comprendre la BSO et la voir davantage comme une réaction physiologique qui n'a rien à voir avec de la faiblesse et qui est indépendante de la volonté de la personne, de ses caractéristiques ou de ses expériences. Cette meilleure compréhension de la BSO leur a aussi permis de modifier leur perception d'eux-mêmes, de normaliser leur condition et, ainsi, de diminuer le jugement qu'ils portent sur eux-mêmes. Ceux-ci ont aussi fait mention d'une plus grande acceptation d'eux-mêmes, de leur condition ainsi que de leurs émotions de détresse, qui étaient auparavant jugées avec sévérité. Ainsi, le GBSO semble constituer

une intervention permettant de modifier l'autostigmatisation présentée par les participants.

Les participants ont également rapporté qu'en plus de contribuer à changer leur perception d'eux-mêmes et de la BSO, le GBSO leur a donné de l'espoir et de la confiance dans leurs capacités à reprendre du pouvoir sur leurs difficultés. Selon eux, ils auraient, au cours du GBSO, acquis une meilleure connaissance des difficultés sur lesquelles ils doivent intervenir afin d'améliorer leur condition. De plus, les techniques enseignées durant le GBSO leur ont fourni des façons de mieux gérer leurs symptômes ainsi qu'une connaissance des différents professionnels et traitements offerts pour traiter la BSO.

L'un des participants a toutefois fait mention d'un malaise associé à l'incertitude entourant son diagnostic exact durant le GBSO. Il a indiqué que la description de la BSO était pour lui large et floue, et il est demeuré avec un doute durant le GBSO à savoir s'il présentait ou non un ESPT. Un diagnostic exact lui a été donné par la suite et a eu un effet soulageant. Cela nous indique que bien que le GBSO puisse permettre aux participants d'avoir une perception plus juste de la BSO, les informations offertes peuvent ne pas être suffisantes et nécessiter des clarifications plus approfondies offertes par un professionnel dans le cadre d'une évaluation diagnostique. Le GBSO ne constituerait donc qu'une étape dans le cheminement de soins des participants.

Comme nous venons de le voir, des changements se sont opérés sur la perception qu'entretenaient les participants d'eux-mêmes et de la BSO. Lors des entrevues semi-structurées, nous nous sommes aussi intéressés à la perception des changements que les participants avaient observés précisément sur le plan de leurs symptômes à la suite du GBSO. L'analyse des entrevues a mis en relief la catégorie principale *état après la participation au GBSO*. Celle-ci fait ressortir certains constats et observations rapportés par les participants relativement à leurs symptômes près d'un mois après leur participation au GBSO.

Plusieurs participants ont indiqué que leurs symptômes s'étaient atténués à la suite du GBSO, ce qui fait écho aux résultats quantitatifs qui révèlent une diminution significative de la symptomatologie chez plusieurs participants. Selon ce que nous ont rapporté des participants, la perception d'une diminution de leur symptomatologie serait associée aux connaissances acquises sur la BSO, à l'application des stratégies et techniques enseignées permettant de mieux gérer les symptômes ainsi qu'au fait de pouvoir agir sur leurs difficultés afin de les modifier.

Si plusieurs participants ont rapporté une atténuation de leur symptomatologie, ils ont aussi mentionné que plusieurs symptômes avaient persisté après leur participation au GBSO. Ces résultats sont congruents avec les analyses quantitatives que nous avons menées, qui révèlent que bien qu'une amélioration soit présente pour plusieurs symptômes d'ESPT, ceux-ci ne disparaissent pas totalement et peuvent demeurer

présents à la suite du GBSO. Ces données nous permettent de penser que le GBSO pourrait avoir un effet positif sur la symptomatologie, sans toutefois la faire disparaître totalement. Certains participants ont aussi fait mention de la persistance d'appréhensions et de craintes face à l'avenir en lien avec leur condition. Cela nous révèle que si le GBSO a un effet apaisant, de l'anxiété et des appréhensions peuvent cependant perdurer chez certains participants. Un des participants présentant une symptomatologie dépressive a aussi fait part d'une fragilité émotionnelle qui persistait à la suite du GBSO. Bien que cela n'a pas été mesuré par nos analyses quantitatives ni spécifiquement examiné lors des entretiens semi-structurés, il est possible de poser comme hypothèse que des symptômes de dépression puissent être résistants aux effets thérapeutiques du GBSO. Ce même participant a de plus mentionné, en guise de recommandation pour améliorer le GBSO, sentir qu'il aurait été préférable qu'il soit stabilisé au point de vue émotionnel avant de participer au GBSO, et que le GBSO est arrivé trop rapidement dans son parcours. Cela nous permet de considérer qu'une symptomatologie dépressive trop envahissante pourrait peut-être représenter une contre-indication au GBSO. Au vu de ces résultats, il est possible de poser comme hypothèse que le GBSO a un effet, mais que cet effet est variable selon les participants, notamment en fonction de leur condition, et que la présence d'une symptomatologie dépressive serait un facteur à considérer.

Certains participants nous ont aussi fait part d'une perception d'augmentation de leur symptomatologie à la suite de leur participation au GBSO. Les entretiens ont permis de soulever deux hypothèses pour expliquer cela. D'une part, des participants ont

rapporté s'exposer davantage à des situations qu'ils évitaient autrefois, et cela pourrait avoir eu comme incidence d'augmenter leur symptomatologie. D'autre part, le fait de prendre davantage conscience de la présence de leurs symptômes, alors qu'auparavant ils n'y portaient pas attention, pourrait avoir contribué à augmenter leur perception d'augmentation de leurs symptômes. Ces données vont dans le même sens que l'hypothèse émise par Yeomans et al. (2010) et que nous avons aussi soulevée, qui soutient que l'augmentation de la symptomatologie d'ESPT rapportée en post-test par un groupe ayant participé à de la psychoéducation peut être due à une capacité accrue à reconnaître et à identifier leur symptomatologie.

**Troisième objectif : connaître les difficultés vécues par les participants au GBSO
ainsi que leur appréciation du GBSO afin d'obtenir des recommandations visant à
améliorer ce programme**

Les analyses qualitatives réalisées à la suite des entretiens semi-structurés permettent de répondre au troisième et dernier objectif, qui visait à connaître l'appréciation du GBSO par les participants ainsi que les difficultés qu'ils ont vécues en lien avec leur expérience au GBSO. Nous souhaitons également recueillir leurs suggestions et recommandations afin d'améliorer ce programme.

Globalement, les données révèlent que les participants ont apprécié cette intervention. Dans un premier temps, cette appréciation positive semble être fortement liée aux qualités intrinsèques des animateurs sur le plan de leurs connaissances et de leur

attitude. Les participants ont notamment fait référence à la passion des intervenants pour le contenu du GBSO ainsi qu'à leur capacité de créer une ambiance favorable lors de la formation. Par exemple, l'un des participants a mentionné le calme des intervenants, qui l'a aidé à diminuer l'anxiété qu'il ressentait dans le groupe.

Un autre élément sous-jacent à l'appréciation des participants se rapporte à la crédibilité du contenu du GBSO à leurs yeux. En effet, le GBSO a été construit de manière à être en résonance avec l'expérience vécue par les militaires en opération et à leur retour, ce qui semble avoir été rassurant. Les réticences des militaires à consulter en santé mentale sont souvent liées à la crainte que les praticiens ne soient pas suffisamment familiers avec leur réalité. En effet, une recherche menée par Stecker, Shiner, Watts, Jones et Conner (2013), qui ont travaillé sur les obstacles à la consultation chez des militaires américains, soulève que l'une des appréhensions fréquemment exprimées par les militaires concernant les soins en santé mentale est que les praticiens ne connaissent pas leur réalité. De plus, le contenu du GBSO a été apprécié pour la globalité des problèmes qu'il aborde, c'est-à-dire que les différentes réactions psychologiques découlant d'un déploiement y sont abordées. Ainsi, comme les participants l'ont rapporté, chacun peut y trouver une ou des composantes qui lui soient utiles. Il s'agit d'un élément important à considérer dans l'évaluation de l'efficacité de la psychoéducation. À ce sujet, Greenberg et al. (2009), qui se sont intéressés à l'effet des séances postdéploiement sur la santé mentale des militaires, ont observé qu'un des ingrédients de l'efficacité de la psychoéducation est la perception par les participants

que celle-ci est de qualité et qu'elle leur est utile. De plus, cette perception de l'utilité du GBSO nous paraît être favorable à la poursuite de traitements en santé mentale, puisque, comme le mentionnent Vogel, Wester, Wei et Boyson (2005), qui ont travaillé sur les facteurs sous-tendant la décision d'entreprendre un traitement, l'anticipation positive relativement à l'utilité de consulter est l'un des meilleurs prédicteurs du recours à des soins de santé mentale.

Un autre élément expliquant l'appréciation des participants se rapporte au caractère non invasif du GBSO. En effet, plusieurs d'entre eux ont mentionné avoir apprécié s'être sentis libres de participer activement ou non lors des séances, de ne pas avoir été obligés de partager leur expérience personnelle et émotionnelle, et que leur intimité a ainsi été respectée. Ces commentaires font écho à ce qui a pu être observé dans des études sur la population masculine, dont celle de Tremblay et al. (2016) portant sur la perception des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé. Cette étude montre que les hommes souhaitent souvent pouvoir préserver leur intimité et expriment une réserve par rapport à la consultation par crainte de se sentir contrôlés. Plusieurs de nos participants ont mentionné qu'ils ont tardé à aller chercher de l'aide parce qu'ils éprouvaient un inconfort à se dévoiler et à se montrer vulnérables, de même que beaucoup de honte et de peur du jugement. Cela est cohérent avec ce qu'ont observé Kracen, Mastnak, Loaiza et Matthieu (2013), qui se sont intéressés aux préférences des vétérans américains quant aux formats de thérapie individuelle ou de groupe, et qui ont rapporté que la majorité des vétérans mentionnent un inconfort à être en groupe ou dans

une foule et à exprimer leurs émotions devant les autres. Ainsi, bien que la participation au GBSO réactive plusieurs émotions désagréables, le fait que l'intervention ne vise pas l'expression de soi semble apporter un certain confort et un soulagement aux participants et permet de les rassurer quant à son format de groupe.

Certains participants ont comparé le GBSO aux autres formations psychoéducatives qu'ils ont pu recevoir dans le cadre de leurs fonctions au sein des Forces armées canadiennes, comme le programme RVPM. Ces formations sont des séances de psychoéducation obligatoires offertes avant le déploiement et au retour de celui-ci ainsi qu'au long de la carrière militaire. Les participants ont indiqué avoir trouvé le contenu du GBSO plus complet, ce qui peut se comprendre notamment par le fait que les séances du programme RVPM sont à visée préventive et sont aussi beaucoup plus brèves. Les participants ont d'ailleurs formulé plusieurs critiques envers ces formations, principalement en raison du moment où elles sont offertes (haut tempo opérationnel ou prédéploiement, séance offerte à Chypre en postdéploiement, etc.), qui peut faire en sorte que les militaires ne sont pas disponibles ni disposés à recevoir les informations au moment où elles leur sont communiquées, mais aussi en raison de leur format, qui ne favoriserait pas toujours la motivation et l'intégration de l'information. Ainsi, le grand nombre de participants (p. ex. unités complètes) et la condition dans laquelle se trouvent les participants au moment où ces séances leur sont offertes (par exemple, lorsqu'ils sont épuisés par les entraînements, les formations ou les opérations) peuvent limiter la portée de ces formations. Étant offertes sur une base volontaire de même qu'en réponse aux

besoins actuels des militaires, les séances de psychoéducation du GBSO semblent favoriser une meilleure intégration des informations en lien avec la BSO et complètent celles reçues lors des séances auxquelles tous les militaires doivent obligatoirement participer.

Ainsi, de manière globale, les participants semblent avoir apprécié les séances du GBSO, et cette appréciation est à notre point de vue précieuse, puisque le GBSO constitue pour plusieurs participants un premier contact avec des professionnels de l'équipe de santé mentale. De plus, cette première expérience positive peut les encourager à consulter à nouveau au besoin ou à poursuivre leur démarche de traitement, puisque, comme le soulèvent Sayer et al. (2009) à la suite d'une étude qualitative sur les facteurs impliqués dans l'initiative des vétérans souffrant d'ESPT à consulter, une expérience de soins en santé mentale passée positive est un facteur favorable à l'engagement dans un traitement psychologique ultérieur.

En contrepartie, certains participants ont également fait mention des difficultés ou de sources d'inconfort associées à leur participation au GBSO. Ainsi, outre les inconforts ressentis en lien avec la réactivité émotionnelle, certains participants ont fait mention des répercussions de leur condition psychologique initiale sur leur capacité à bénéficier du GBSO. Comme mentionné précédemment, il est possible que les participants trop dépressifs ou trop instables émotionnellement soient moins en mesure de profiter de cette intervention psychoéducative de groupe. Cela soulève d'ailleurs un

questionnement quant aux indications ou contre-indications à cette intervention, et une analyse plus fine à cet égard pourrait faire l'objet d'une étude future.

Une autre difficulté rapportée par certains participants a trait à leur capacité de concentration limitée. L'un des participants a rapporté que les formations offertes dans le cadre des Forces armées canadiennes durent généralement 40 minutes, alors que les séances du GBSO ont chacune une durée d'une heure et demie. Or, certains participants ont mentionné qu'il leur était difficile de maintenir leur attention pour toute la durée de la séance. Les difficultés relatives aux capacités attentionnelles peuvent d'ailleurs découler de la blessure de stress opérationnel et des symptômes de stress post-traumatique ou dépressifs ou encore être occasionnées par les effets secondaires d'un traitement pharmacologique. À la lumière de ce qui précède, et comme l'a suggéré l'un des participants, il serait peut-être souhaitable de réduire la durée des séances, quitte à en augmenter le nombre.

Parmi les autres sources d'inconfort rapportées, certains participants ont mentionné avoir été incommodés par le fait que d'autres participants se présentaient en uniforme militaire. Actuellement, le GBSO laisse à ses participants le soin de décider s'ils se présentent en habit civil ou en uniforme militaire. Or, des participants ont recommandé que la tenue civile soit exigée, afin de diminuer les sources d'inconfort lié à l'identification du grade ou de l'unité des participants ou encore pour éviter la

réactivation émotionnelle chez des participants pour qui l'uniforme est devenu un stimulus déclencheur d'anxiété ou de symptômes de stress post-traumatique.

Certains participants rapportent également avoir été incommodés par l'instabilité dans la composition du groupe en raison du taux élevé d'absentéisme des autres participants. Ce taux d'absentéisme semble être causé non pas par un désintérêt des participants, mais plutôt par la difficulté de concilier les obligations liées au travail et le temps nécessaire pour les soins médicaux. L'un des participants a d'ailleurs suggéré de faire appel au cadre administratif militaire afin de laisser la préséance au GBSO lorsqu'un participant souhaite y participer. Ce même participant a également suggéré de libérer les participants au GBSO de leurs responsabilités professionnelles après les séances, puisque ces dernières peuvent être très exigeantes sur le plan émotionnel et générer beaucoup de fatigue. Cette recommandation cible notamment les participants au GBSO qui ne sont pas encore sous le cadre administratif des catégories médicales ou en congé de maladie, ce qui les libérerait de leur travail.

Quelques autres éléments visant à améliorer le GBSO ont également été proposés par les participants. L'un de ces éléments concerne les techniques de relaxation, qui constituent l'une des composantes de cette intervention psychoéducative. Dans le GBSO, les techniques de relaxation sont enseignées et du matériel est remis aux participants (p. ex. disque compact avec exercices de relaxation), mais ces techniques ne sont pas pratiquées lors des séances. Un des participants a suggéré qu'il serait fort aidant

de pouvoir pratiquer les exercices de relaxation dans le cadre du GBSO afin que les participants puissent ressentir les effets de ces techniques.

Un autre élément dont ont fait mention certains participants se rapporte au cahier du participant. Lors du GBSO, un cahier contenant des informations sur les thèmes abordés lors du GBSO est remis au participant. Certains participants auraient souhaité qu'il contienne aussi des références de lecture afin qu'ils puissent poursuivre ou approfondir le traitement par eux-mêmes après le GBSO. Ce besoin de pouvoir poursuivre le travail de manière autonome a souvent été observé chez les hommes qui consultent en santé mentale. C'est ce qu'avancent d'ailleurs Tremblay et al. (2016), qui ont observé que les hommes, dans leurs rapports aux autres et dans leur recherche de solutions à leurs problèmes, chercheraient de façon générale à maintenir ou à obtenir leur autonomie. L'ajout de références dans le cahier du participant pourrait bonifier le contenu du GBSO et favoriser la poursuite de la mobilisation des participants à la suite de l'intervention. Dans leur étude sur les facteurs impliqués dans l'initiative des vétérans souffrant d'ESPT à consulter, Sayer et al. (2009) ont aussi souligné notamment que les interventions qui favorisent et font la promotion de l'autonomie, en offrant par exemple des techniques que les patients peuvent utiliser par eux-mêmes, reçoivent un niveau d'acceptabilité élevé de la part de vétérans, compte tenu de la valeur accordée à l'autonomie et de la fierté qui y est associée chez cette population.

Forces et limites de l'étude

Forces de l'étude

L'une des forces de cette étude est l'utilisation des données quantitatives qui étaient incluses dans le protocole d'évaluation des militaires référés au PSTSO qui ont participé au GBSO. Cela a permis de recueillir des données quantitatives (PCL-M et OQ-45.2) sans introduire une procédure de recherche trop invasive. Nous étions soucieux de limiter les répercussions chez les participants ainsi que chez le personnel soignant des exigences inhérentes à une recherche. Nous avons choisi de prendre cette orientation de recherche compte tenu du contexte qui prévalait dans ce milieu clinique au moment de l'expérimentation, soit un milieu dont les différents protagonistes, clientèle et personnel soignant, étaient déjà très sollicités par les déploiements et les retours de déploiement en Afghanistan.

Réalisée dans ce contexte, cette étude aura permis d'évaluer les retombées d'une intervention qui n'avait jamais fait l'objet d'une évaluation auparavant. Ce type d'étude sur les effets d'un traitement répond aux lacunes présentes dans de nombreux milieux cliniques qui offrent une variété de services et de traitements, mais qui ne font pas toujours l'objet d'évaluations en raison du manque de temps et de ressources pour procéder à de telles évaluations.

De plus, comme nous l'avons précédemment mentionné, l'évaluation quantitative de l'effet de la psychoéducation sur la symptomatologie de l'ESPT n'est

que très rarement présente dans les études portant sur la psychoéducation. Cette étude a permis d'évaluer quantitativement l'effet d'un groupe de psychoéducation sur la symptomatologie présentée par 91 participants et a ainsi enrichi les connaissances sur les retombées de la psychoéducation. Les résultats qui en ont découlé permettent de voir la contribution d'une intervention psychoéducative sur l'amélioration des symptômes d'ESPT ainsi que sur la qualité de vie générale des participants. De plus, cette étude met en lumière l'importance de considérer le nombre de séances offertes dans un programme de psychoéducation afin d'obtenir des résultats. En effet, les recherches portant sur des séances uniques de psychoéducation, comme celle menée par Castro et al. (2012), soulèvent parfois un effet positif de ces séances, mais avec une petite taille d'effet.

Les analyses quantitatives de la présente étude ont l'intérêt d'avoir utilisé des ANOVA à mesures répétées ainsi que des seuils cliniques disponibles pour les tests utilisés. Cette méthode nous a permis de comparer les effets quantitatifs du GBSO sur la symptomatologie de façons différentes, soit sur une moyenne de groupe ainsi que sur des résultats individuels en fonction de seuils cliniques préétablis. L'utilisation d'analyses faisant appel aux seuils cliniques aura par ailleurs permis d'apporter des nuances quant à l'effet du GBSO (ce que l'utilisation d'ANOVA à mesures répétées ne permettait pas de faire), particulièrement en révélant le nombre de participants chez qui la symptomatologie s'était soit améliorée, soit détériorée, ou encore qui ont présenté une absence de changement à la suite de leur participation au GBSO.

Une autre force de cette étude réside dans le fait d'avoir adopté une méthode mixte. Cette méthode nous a offert un éclairage plus vaste des effets du GBSO que ce qu'auraient permis des données quantitatives ou qualitatives seules. En effet, le recours aux échelles autorapportées et les données quantitatives recueillies permettent d'obtenir un portrait global de l'effet de l'intervention. Ces résultats quantitatifs ont permis notamment de situer notre échantillon par rapport à d'autres échantillons similaires (militaires en retour de déploiement) en ce qui a trait à la symptomatologie associée à la BSO qu'ils présentent. Les données quantitatives nous ont aussi offert une mesure concrète pour comparer les changements entre le pré et le post-test et ont pu être recueillies auprès d'un plus grand nombre de participants. Elles ont de plus permis de comparer les résultats à ceux d'autres interventions psychoéducatives qui ont fait l'objet d'études similaires. Par ailleurs, la rétroaction des participants obtenue lors des entrevues semi-structurées a permis d'enrichir ce portrait, d'apporter des nuances et de relever des subtilités relativement à l'expérience des participants au GBSO. Les données recueillies lors des entrevues nous ont notamment permis de cerner certains éléments propres à la culture militaire pouvant influencer la perception et le vécu des participants par rapport à la BSO. Nous avons pu également explorer l'effet du GBSO sur la perception que les militaires entretenaient d'eux-mêmes et de la BSO. Nous avons entre autres relevé l'importance du préjugé présent dans le milieu militaire, plus particulièrement de l'autostigmatisation associée à la BSO chez des militaires en consultation. Nous avons aussi relevé la mesure dans laquelle le GBSO pouvait modifier

les préjugés entourant la BSO et ainsi constituer une intervention efficace pour traiter ces problèmes.

L'association des données qualitatives et des données quantitatives pour évaluer les retombées d'une intervention permet aussi de voir qu'une intervention peut être perçue comme efficace et aidante même si les symptômes mesurés quantitativement ne diminuent pas nécessairement et peuvent même, dans certains cas, augmenter. Dans notre étude, certains des participants ont mentionné, lors des entrevues semi-structurées, être plus conscients de leurs symptômes, mais se sentir par ailleurs plus soulagés et généralement mieux après leur participation au GBSO, comme si les symptômes, bien que présents, étaient moins dérangeants. La seule utilisation des données quantitatives n'aurait pas donné accès à cette nuance importante obtenue par l'exploration qualitative de l'expérience subjective des participants.

L'exploration de l'expérience subjective des participants a aussi permis de mettre en lumière certains éléments pouvant influencer l'efficacité du GBSO et qui devraient être pris en considération lors de la référence au groupe, comme la présence de symptômes dépressifs sévères.

Enfin, les données qualitatives recueillies lors des entrevues semi-structurées ont également mis en lumière certaines recommandations fort précieuses pour améliorer le GBSO.

Limites de l'étude

Cette recherche présente aussi certaines limites, notamment par son devis quantitatif qui est préexpérimental et qui n'inclut aucun groupe témoin permettant de contrôler les biais limitant sa validité interne. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le contexte et le milieu clinique dans lesquels a été réalisée cette recherche rendaient difficile l'application d'un protocole de recherche invasif. Les résultats des analyses utilisant la PCL-M et l'OQ-45.2 doivent donc être interprétés en considérant que le type de devis de recherche utilisé ne permet pas d'affirmer sans équivoque que les résultats obtenus aux échelles sont uniquement liés aux effets du GBSO sur les participants. Parmi les facteurs autres que le GBSO ayant pu influencer les changements rapportés du point de vue de la symptomatologie, il est important de considérer premièrement l'effet du temps sur les participants et sur leurs symptômes entre les deux passations. Notons toutefois, comme le mentionnent Chapman et al. (2012), qui ont étudié les facteurs de rémission de l'ESPT, que ce dernier est une condition chronique pour laquelle la rémission spontanée est possible, mais que celle-ci se réalise généralement à l'intérieur de quelques mois après l'incident critique qui en est la cause. L'ensemble de nos participants répondaient aux critères de chronicité et étaient revenus de mission depuis plus d'un an avant de participer au GBSO. Il est donc peu probable que le temps ait eu une incidence majeure sur un changement dans leur condition. Deuxièmement, de façon possiblement concomitante à l'effet du temps, plusieurs facteurs historiques chez les participants ont pu influencer les résultats. Mentionnons plus particulièrement les traitements thérapeutiques autres que le GBSO

dont les participants ont pu bénéficier entre les deux passations de test. Rappelons que lors de leur participation au GBSO, les participants pouvaient être en suivi psychothérapeutique ou avoir commencé une médication. Il est donc possible que des effets thérapeutiques autres que ceux liés au GBSO aient eu un effet sur les changements rapportés lors du post-test. Le contrôle de certaines variables, telles que le fait de recevoir ou non des services en santé mentale ou de prendre une médication, aurait permis de considérer l'effet de ces variables sur les résultats. Toutefois, le nombre élevé de participants à cette étude et le fait que ceux-ci représentent probablement les diverses possibilités (avec ou sans thérapie, avec ou sans médication) a pu limiter l'incidence de ce facteur sur les résultats obtenus.

Une autre limite à cette recherche réside dans les limites inhérentes à l'utilisation d'instruments psychométriques. Selon Cronbach (1990), chercheur reconnu en psychométrie, les questionnaires autorapportés peuvent être affectés par la désirabilité sociale et l'éducation de la personne évaluée. De plus, leurs résultats peuvent facilement être faussés selon l'intention du participant de se présenter sous un aspect favorable ou défavorable. Puisque notre recrutement a été réalisé après la passation de test, la désirabilité sociale en lien avec les attentes du chercheur est exclue. Toutefois, au moment de répondre aux questionnaires, les participants étaient dans un processus d'évaluation réalisé par une des animatrices du GBSO et qui visait à déterminer leur condition post-traitement pour les orienter vers d'autres services. Il est possible que les participants aient répondu aux questionnaires en fonction des visées du GBSO ou des

services qu'ils souhaitent ou non recevoir. Les échelles autorapportées sont aussi sensibles à l'effet d'apprentissage et à l'éducation. Comme nos analyses qualitatives le rapportent, des changements se sont opérés dans la perception et la compréhension qu'avaient les participants de leurs symptômes. Cela a pu conduire à des changements dans les réponses en fonction de ce qu'ils ont appris plutôt qu'en fonction de l'effet réel du GBSO sur la symptomatologie. La passation répétée de mesures psychométriques peut aussi induire l'effet de régression vers la moyenne, qui est la tendance des valeurs extrêmes à se déplacer de façon naturelle vers la moyenne à chaque passation de test. Les réponses traduisant une symptomatologie élevée au prétest peuvent ainsi tendre vers une amélioration au post-test, sans toutefois que la condition du participant ait réellement changé. Cet effet possible associé aux ANOVA à mesures répétées est cependant contrebalancé dans notre étude par les résultats qualitatifs, qui permettent d'avoir une vision plus nuancée quant à l'amélioration de la condition des participants après le GBSO.

Toute forme de traitement n'est pas non plus libre de l'incidence de l'effet placebo. Il est possible que la diminution de la symptomatologie rapportée au post-test par les participants soit associée au fait de recevoir une attention particulière de la part d'une équipe de soins. De plus, les changements rapportés au point de vue de la symptomatologie peuvent aussi être associés à des facteurs soulevés par les analyses qualitatives, tels que l'acquisition par les participants du sens et de la compréhension de leurs difficultés, la réalisation de ne pas être seul à vivre ce problème et, finalement, le

fait d'espérer une guérison ou un soulagement de leur détresse. L'utilisation d'un protocole expérimental faisant appel à des mesures de suivi post-traitement aurait permis de voir si l'effet du GBSO se maintient dans le temps en dépit des facteurs de désirabilité sociale et d'un effet placebo possible.

Tant pour les résultats quantitatifs que pour les résultats qualitatifs, il est important de préciser un certain biais de sélection qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population militaire. D'une part, les participants à notre recherche sont ceux qui ont terminé le GBSO. Plusieurs militaires qui ont été référés au GBSO ne l'ont pas terminé, et certains ont refusé d'y participer. Les motifs d'abandon ainsi que les refus de participer n'ont pas été documentés dans la présente étude. Nos résultats ne peuvent donc pas tenir compte d'une partie de la population à qui s'adresse le GBSO qui a peut-être des caractéristiques particulières, ce qui aurait conduit à des résultats différents. En ce qui concerne les entretiens semi-structurés et les données qualitatives récoltées au moyen de ces entretiens, des critères d'exclusion ont été utilisés. Les participants au GBSO qui présentaient une condition mentale trop fragile et à qui il était peu indiqué d'offrir de participer aux entretiens semi-structurés ont été exclus; or, ceux-ci ont peut-être vécu une expérience différente de celle qu'ont vécue les participants au volet qualitatif de la recherche. La désirabilité sociale a aussi pu s'exercer lors des entretiens semi-structurés : il est possible que les participants aient répondu en mettant de l'avant leur satisfaction comme forme de reconnaissance vis-à-vis du traitement et en mettant moins l'accent sur leurs insatisfactions.

Comme autre limite à cette étude, aux fins de nos analyses des résultats en fonction des seuils indicateurs de changement clinique, nous avons utilisé les seuils disponibles pour chacun des instruments psychométriques. Ces seuils ont toutefois été développés auprès d'une population différente de la nôtre. L'utilisation de seuils découlant de recherches réalisées auprès d'une population plus similaire à nos participants, soit des militaires canadiens francophones, aurait peut-être conduit à des résultats différents.

Une dernière limite à cette recherche est liée à l'utilisation d'une méthode inductive générale pour les analyses qualitatives que nous avons réalisées. Ce type d'analyse dépend de la perspective du chercheur, qui décide de ce qui est important ou non lors de la codification et de la constitution des catégories. Ce processus d'analyse, comme le mentionnent Blais et Martineau (2006), n'est pas exempt d'un certain biais relatif à l'interprétation faite par le chercheur du matériel recueilli lors des entretiens. Ce biais a cependant pu être atténué par le travail conjoint avec la directrice de recherche et les aller et retour entre celle-ci et le chercheur principal.

Retombées possibles et pistes de recherche futures

Retombées de la recherche

Cette étude est la première à mesurer l'effet du GBSO, qui est employé depuis son implantation en 2010 au Centre de santé Valcartier. Cette recherche permet de voir

les effets de ce traitement sur la symptomatologie ainsi que sur la perception que les militaires entretiennent d’eux-mêmes et de leur condition.

Cette recherche est aussi, à notre connaissance, la première à faire une analyse quantitative des effets de la psychoéducation sur la symptomatologie auprès de militaires actifs en consultation pour des difficultés psychologiques consécutives à un déploiement en zone de guerre. Comme nous l’avons soulevé précédemment, les interventions psychoéducatives souffrent du manque de recherche pour évaluer quantitativement et qualitativement leur effet sur une symptomatologie liée à l’ESPT. La présente étude a permis de voir que la psychoéducation peut être associée à une amélioration significative de la symptomatologie et de la qualité de vie des participants.

Rappelons aussi que l’un des objectifs du GBSO est d’aider les participants à reconnaître et à identifier leur symptomatologie, ce qui constitue pour plusieurs militaires une difficulté, comme indiqué dans la documentation, observé par des membres de l’équipe de soin du CSV et rapporté par les participants à cette recherche. Les résultats de cette recherche ont révélé qu’après leur participation, les participants avaient acquis une meilleure capacité à reconnaître et à identifier leurs symptômes. Le GBSO est donc une intervention efficace afin de favoriser la reconnaissance chez les participants des difficultés dont ils souffrent. Cette recherche a aussi mis en relief, chez les participants, la persistance des préjugés associés à la santé mentale comme obstacles à la consultation, et ce, en dépit des interventions mises en place par les FAC pour les

faire diminuer. Cette recherche a aussi soulevé la présence de l'autostigmatisation chez des militaires engagés dans la procédure de traitement. Nous pouvons en déduire la nécessité de poursuivre les interventions ciblant la stigmatisation associée à la santé mentale pour la population militaire en général, mais également, et plus précisément, la pertinence d'intervenir aussi sur la stigmatisation chez les militaires qui sont en démarche de consultation et qui entretiennent des préjugés importants envers eux-mêmes relativement à leur condition. Nos résultats démontrent que sur ce plan, le GBSO constitue une bonne stratégie d'intervention.

Les résultats de cette recherche mettent en lumière la pertinence du GBSO comme première étape de traitement en raison des avantages cliniques qu'il offre et appuient la nécessité du maintien de son application au CSV ainsi que la pertinence de l'offrir dans les autres cliniques de santé mentale des FAC.

Pistes de recherche futures

Parmi les pistes de recherche futures, il serait intéressant de reproduire cette recherche avec un groupe témoin afin de pallier les principaux biais présents sur le plan de sa validité interne. La période actuelle est différente de celle au cours de laquelle nous avons mené notre expérimentation et se prête peut-être davantage à la recherche compte tenu de la fin des opérations militaires du Canada en Afghanistan et d'une consolidation des services de soins. Par exemple, un groupe témoin de type liste d'attente pourrait constituer un bon choix pour une recherche effectuée dans un milieu

clinique. En plus de l'ajout d'un groupe témoin, l'utilisation d'un protocole expérimental faisant appel à des mesures de suivi post-traitement permettrait de voir si l'effet du GBSO se maintient dans le temps.

Nos résultats ont aussi indiqué une détérioration de la condition de quelques participants entre le pré et le post-test. Une recherche future pourrait évaluer les facteurs expliquant cette détérioration au moyen d'études de cas, par exemple. L'ajout d'instruments de mesure supplémentaires permettrait de voir si d'autres facteurs agissent comme médiateurs pour expliquer cette détérioration. Nous pensons notamment à une échelle mesurant la symptomatologie dépressive qui évaluerait si la présence trop importante de ces symptômes constitue un obstacle à l'efficacité du GBSO. Des analyses qui considèrent l'intensité des symptômes de stress post-traumatique permettraient aussi de voir si l'efficacité du GBSO varie selon l'importance des symptômes. De plus, l'ajout d'échelles mesurant les préjugés sociétaux et l'autostigmatisation en combinaison avec les entrevues semi-structurées permettrait de compléter les résultats qualitatifs sur le plan de l'intervention sur les préjugés qu'offre le GBSO.

Des recherches futures pourraient aussi se pencher sur les facteurs en lien avec l'abandon de certains participants au cours du GBSO ou encore explorer de manière qualitative les motifs de refus de participer au GBSO. Une meilleure compréhension de ces facteurs permettrait d'ajuster le cadre et le contenu du GBSO ou la présentation qui en est faite aux militaires lorsqu'on leur offre de participer au GBSO. Parmi les

participants ayant refusé de participer au GBSO en groupe, plusieurs ont accepté de suivre le programme de façon individuelle sous un format modifié. Une recherche comparant les deux types d'intervention permettrait de voir si l'un des formats est supérieur à l'autre et de discriminer certains facteurs thérapeutiques, par exemple, l'effet de la participation au GBSO en groupe sur la perception que les participants entretiennent d'eux-mêmes. Il est possible que la présence de pairs favorise davantage une désensibilisation au regard des autres ainsi qu'une normalisation de la condition, comparativement à ce que permet la compréhension théorique de la BSO quand elle est enseignée de façon individuelle.

Il serait aussi intéressant d'évaluer l'effet du GBSO par la perception qu'ont les intervenants (psychologues, psychiatres) des changements ou des différences perçus concernant leurs clients ayant ou non participé au groupe. Par ailleurs, étant donné que le GBSO constitue pour plusieurs participants une première phase de traitement, il pourrait être pertinent de connaître son effet sur le reste de leur parcours thérapeutique. Ce pourrait être notamment en lien avec l'adhérence et le recours subséquent aux services, mais aussi sur son effet sur le plan de la préparation à la thérapie ou sur la thérapie elle-même (p. ex. l'effet du GBSO sur l'autostigmatisation et sur les progrès psychothérapeutiques).

Conclusion

Cette étude avait pour objectif général d'évaluer l'effet d'un groupe de psychoéducation sur la blessure de stress opérationnel. Le premier objectif visait à mesurer l'effet du GBSO sur les symptômes de stress post-traumatique ainsi que sur la qualité de vie générale, y compris une variété de symptômes associés à de la détresse psychologique et à des difficultés dans les relations interpersonnelles et les rôles sociaux. Un deuxième objectif était d'explorer l'expérience subjective des participants quant à leur cheminement vers le GBSO et à leur participation à celui-ci, afin de saisir les changements qui se sont opérés sur leurs symptômes ainsi que sur la connaissance et la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de la BSO. Un troisième et dernier objectif visait à connaître les difficultés vécues par les participants au GBSO ainsi que leur appréciation de ce dernier afin d'obtenir des recommandations permettant d'améliorer ce programme.

Cette étude avait l'intérêt d'être la première à évaluer l'effet d'un groupe de psychoéducation sur la blessure de stress opérationnel développé sur la base militaire de Valcartier. Cette étude permettait aussi de pallier le manque de connaissances sur l'effet de la psychoéducation sur les symptômes d'ESPT et est la première à examiner, au moyen d'analyses de données quantitatives et qualitatives, les effets de la psychoéducation sur la symptomatologie présentée par des militaires actifs en

consultation pour des difficultés psychologiques consécutives à un déploiement en zone de guerre. Le volet quantitatif de cette étude, utilisant à la fois des ANOVA à mesures répétées ainsi que des analyses faisant appel à des seuils cliniques, a permis de voir que le GBSO en tant que traitement psychoéducatif peut être associé à une amélioration significative de la symptomatologie et de la qualité de vie des participants. Les symptômes associés à l'évitement et à l'émoussement se sont cependant avérés être persistants aux effets du GBSO. L'hypothèse qu'une connaissance accrue des symptômes par les participants pouvait avoir un effet sur les résultats en post-test a été émise, celle-ci étant appuyée par le volet qualitatif de cette étude.

Le volet qualitatif a permis de compléter les résultats quantitatifs pour offrir une vision plus vaste des effets du GBSO en mettant l'accent sur l'expérience des participants. Ainsi, cette étude a mis en relief que le GBSO permet aux participants de reconnaître leur condition et ses répercussions et d'en avoir une perception plus juste, qui autrement, est souvent limitée par des mécanismes de minimisation et d'évitement. La culture militaire et ses valeurs liées à l'hypermasculinité auraient un rôle à jouer dans ces mécanismes. Ces données renforcent la pertinence d'une intervention ciblant ce phénomène, comme le fait le GBSO auprès de la population militaire en consultation. De plus, cette étude a révélé qu'une perception plus juste de leur condition favorise, chez les militaires en consultation, un passage à l'action pour intervenir sur leurs difficultés ainsi qu'une diminution des préjugés associés à leur condition.

Plusieurs suggestions sont ressorties des commentaires recueillis auprès des participants à la suite de cette étude et permettront d'améliorer le programme. Depuis le début de cette étude, plusieurs modifications ont été apportées au GBSO par l'équipe de soins, qui a été à l'écoute des commentaires des participants au cours des années durant lesquelles les groupes de participants se sont succédé. Les connaissances ont aussi évolué, de même que les modes d'intervention. Par exemple, la promotion des techniques de relaxation est demeurée, mais un accent supplémentaire a été mis sur des techniques de respiration issues de recherches sur la cohérence cardiaque comme moyen privilégié pour atténuer les symptômes d'ESPT.

Certaines limites sont présentes dans cette étude, entre autres l'absence d'un groupe témoin, qui aurait permis de contrôler plusieurs biais pouvant réduire sa validité interne. Plusieurs questionnements sont aussi ressortis, notamment en ce qui concerne les variables qui pourraient influencer la portée de cette intervention psychoéducative. Nous avons par exemple souligné l'importance du nombre de séances de psychoéducation ainsi que le moment où elles sont offertes, en comparaison avec les autres interventions psychoéducatives évaluées jusqu'à présent. Nous avons aussi relevé que l'état des participants au moment de leur participation, comme la présence d'une symptomatologie dépressive trop importante ou de symptômes d'ESPT trop envahissants, pourrait entraver la capacité des militaires de bénéficier de cette intervention.

Bien que les opérations en Afghanistan soient terminées, les fonctions des militaires exigent qu'ils soient toujours prêts à être déployés dans des opérations à haut risque. Les services de santé doivent conséquemment maintenir un niveau comparable de préparation, ce que favorisent, entre autres, la recherche et le développement dans le domaine de l'intervention en santé mentale auprès des militaires. Les résultats de cette recherche mettent en lumière l'intérêt de mettre en œuvre le GBSO dans les cliniques de santé mentale des FAC pour compléter les interventions psychoéducatives déjà offertes en santé mentale par les FAC, pallier les difficultés reliées au dépistage postdéploiement, offrir des services rapidement à un grand nombre de militaires et, finalement, favoriser chez eux une meilleure reconnaissance de leurs difficultés afin de mieux intervenir sur celles-ci.

Références

- Adler, A. B., Bliese, P. D., McGurk, D., Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2009). Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 928-940.
- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse and Neglect, 3*, 139-147.
- Anciens Combattants Canada (2008). *Qu'est-ce qu'une blessure de stress opérationnel?* Repéré à www.veterans.gc.ca/fra/services/health/mental-health/understanding-mental-health
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Bibliothèque du Parlement. (2013). *Trouble de stress post-traumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans* (Publication n° 2011-97-F). Repéré à <http://www.bdp.parl.gc.ca/content/lop/ResearchPublications/2011-97-f.pdf>
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives, 26*, 1-18.
- Blais, R. K., & Renshaw, K. D. (2013). Stigma and demographic correlates of help-seeking intentions in returning service members. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 77-85. doi:10.1002/jts.21772
- Blais, R. K., Renshaw, K. D., & Jakupcak, M. (2014). Posttraumatic stress and stigma in active-duty service members relate to lower likelihood of seeking support. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 116-119.

- Bliese, P. D., Wright, K. M., Adler, A. B., Cabrera, O. A., Castro, C. A., & Hoge, C. W. (2008). Validating the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen and the Posttraumatic Stress Disorder Checklist with soldiers returning from combat. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 272-281.
- Bogaert, L., Whitehead, J., Wiens, M., & Rolland, E. (2013). Le suicide dans les Forces canadiennes de 1995 à 2012. *Direction – Protection de la santé de la Force. Rapport du médecin général (SGR-2012-011)*. Repéré à www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/suicide-dans-les-fc-1995-2012.pdf
- Boulos, D., & Zamorski, M. A. (2013). Deployment-related mental disorders among Canadian Forces personnel deployed in support of the mission in Afghanistan, 2001–2008. *Canadian Medical Association Journal, 185*(11), 545-552.
- Boulos, D., & Zamorski, M.A. (2016). Contribution of the mission in Afghanistan to the burden of past-year mental disorders in Canadian Armed Forces personnel, 2013. *Canadian Journal of Psychiatry, 61*(1), 64-76.
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Davis, G. C. (2004). Partial PTSD versus full PTSD: An empirical examination of associated impairment. *Psychological Medicine, 34*, 1205-1214.
- Brouillet, P. (2011). Guerres asymétriques et terrorisme. *Espace Prépas, 135*. Repéré à www.lyc-kastler-cergy-ac-versailles.fr/IMG/pdf/Espace_Prepas_135_Brouillet.pdf
- Brunet, A., & Monson, E. (2014). Suicide risk among active and retired Canadian soldiers: the role of posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*(9), 457-459.
- Burlingame G. M., & Ridge, N. (2004). Psychoeducational group treatment. Dans Gerald P. Koocher, John C. Norcross, & Beverly A. Green (Éds), *Psychologists' Desk Reference* (3^e éd., pp. 768-771). New York, NY: Oxford University Press.
- Callaghan, W. (2014). *MAN UP! MAN DOWN! Military Masculinity, Stigma, and Post-Traumatic Stress Disorder*. (Mémoire de maîtrise, University of Toronto). Repéré à <https://fr.scribd.com/document/242919592/Callaghan-2014-Man-Up->

Man-Down-Military-Masculinity-Stigma-and-Post-Traumatic-Stress-Disorder-
MA-thesis

- Caron, C. (2010). Guerre asymétrique d'Afghanistan : vers un échec inéluctable? *Géostratégie*, 27(2), 71-89. Repéré à <http://www.academiedegeopolitiquedeparis.com/guerre-asymetrique-dafghanistan-vers-un-echec-ineluctable/>
- Castro, C. A., Adler, A. B., McGurk, D., & Bliese, P. D. (2012). Mental health training with soldiers four months after returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 376-383. doi:10.1002/jts.21721
- Chapman, C., Mills, K., Slade, T., McFarlane, A. C., Bryant, R. A., Creamer, M., ... Teeson, M. (2012). Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 42, 1695-1703.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Dans M. Corbière & N. Larivière (dir.). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Courmont, B. (2003). L'émergence de nouveaux acteurs asymétriques, *Revue internationale et stratégique*, 51(3), 81-87. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2003-3-page-81.htm>.
- Creamer, M., & Forbes, D. (2004). Treatment of posttraumatic stress disorder in military and veteran populations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 388-398.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing*. 3^e éd. New York, NY: Harper and Row.

- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping With Depression" course. *Behavior Therapy, 29*, 521-533.
- Dauphin, M. (2014). *Médecin de guerre : sauver des vies à l'hôpital militaire de Kandahar*. Montréal, Québec : Éditions de l'homme.
- De Pierrebourg, F. (2010). *Martyrs d'une guerre perdue d'avance : Le Canada en Afghanistan*. Montréal, Québec : Éditions Stanké.
- Der-Yan, H., Sue-Huei, C., Kwang-Kuo, H., & Hai-Lang, W. (2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60*, 662-668.
- Dickstein, B.D., Weathers, F. W., Angkaw, A. C., Nievergelt, C. M., Yurgil, K., Nash, W. P., Baker, D. G., & Litz, B. T. (2015). Diagnostic utility of the posttraumatic stress disorder (PTSD) checklist for identifying full and partial PTSD in active-duty Military. *Assessment, 22*(3), 289-297.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for US veterans: A revisit with new data and methods. *Science, 313*, 979-982.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. & Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 1024-1032.
- Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., Nieuwsma, J. A., Walser, R. B., & Currier, J. M. (2014). The role of moral emotions in military trauma: Implications for the study and treatment of moral injury. *Review of General Psychology, 18*, 249-262.
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Schmitz, N., Guay, S., & Pedlar, D. (2006). Posttraumatic stress disorder and treatment seeking in a nationally representative Canadian military sample. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 847-858.

- Fikretoglu, D., Guay, S., Pedlar, D., & Brunet, A. (2008). Twelve month use of mental health services in a nationally representative, active military sample. *Medical Care*, 46(2), 217-223.
- Flynn, R. J., Aubry T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2002). Validation d'une version française du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17, 57-74.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective Treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2^e éd.), New York, NY: Guilford Press.
- Forbes, D., Creamer, M., & Biddle, D. (2001). The validity of the PTSD checklist as a measure of symptomatic change in combat-related PTSD. *Behavior Therapy and Research*, 39, 977-986.
- Foy, D., Schnurr, P., Weiss, D., Wattenberg, M., Glynn, S., Marmar, C. & Gusman, F. (2001). Group psychotherapy for PTSD. Dans J. Wilson, M. Friedman, & J. Lindy (Éds), *Treating Psychological Trauma and PTSD* (pp. 183-204). New York, NY: Guilford Press.
- Friedman, M. J. (2015). *Posttraumatic and acute stress disorder* (6^e éd.). AG, Switzerland: Springer International Publishing.
- Garber, B.G., Zamorski, M., & Jetly, R. (2012). Mental health of Canadian Forces members while on deployment to Afghanistan. *Canadian Journal of Psychiatry*, December, 57(12), 736-744.
- Garcia, H. A., Finley, E. P., Lorber, W., & Jakupcak, M. (2011). A preliminary study of the association between traditional masculine behavioral norms and PTSD symptoms in Iraq and Afghanistan veterans. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(1), 55-63. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1037/a0020577>
- Gifford, R. K., Ursano, R. J., Stuart, J. S., & Engel, C. C. (2006). Stress and stressors of the early phases of the Persian Gulf War. *Philosophical Transactions of the Royal Society Series of Biological Sciences*, 361, 585-591.

- Goldman, C. R. (1988). Toward a definition of psychoeducation, *Hospital & Community Psychiatry*, 39, 666-668.
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72-76.
- Gray, M. J., Elhai, J. D., & Frueh, B. C. (2004). Enhancing patient satisfaction and increasing treatment compliance: Patient education as a fundamental component of PTSD treatment. *Psychiatric Quarterly*, 75, 321-332.
- Green, G., Emslie, C., O'Neill, D., Hunt, K., & Walker, S. (2010). Exploring the ambiguities of masculinity in accounts of emotional distress in the military among young ex-servicemen. *Social Science & Medicine* (1982). 71. 1480-1488.
- Greenberg N., Langston V., Fear N. T., Jones, M., & Wessely S. (2009). An evaluation of stress education in the Royal Navy. *Occupational Medicine*, 59, 20-24.
- Greene-Shortridge, T., Britt, T., & Castro, C. A. (2007). The stigma of mental health problems in the military. *Military Medicine*, 172(2), 157-161. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17357770>
- Grenier, S., Darte, K., Heber, A., & Richardson, J. D. (2006). *The Operational Stress Injury Social Support Program: A peer support program in collaboration between the Canadian Forces and Veterans Affairs Canada*. Dans Charles R. Figley & William P. Nash (Éds), *For Those Who Bore the Battle: Combat Stress Injury Theory, Research, and Management* (pp. 375-431). New York, NY: Routledge Psychosocial Stress Book Series.
- Harvey, A. G., Bryant R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13-22.

- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., & Sieber, W. J. (2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *The Journal of trauma*, 51(2), 287-292.
- Huxley, P. (1993). Location and stigma: A survey of community attitudes to mental illness: Enlightenment and stigma. *Journal of Mental Health*, 2, 73-80.
- Iversen, A. C., Fear, N. T., Ehlers, A., Hacker Hughes, J., Hull, L., Earnshaw, M., Greenberg, N., ... Hotopf, M. (2008). Risk factors for post-traumatic stress disorder amongst United Kingdom Armed Forces personnel. *Psychological Medicine*, 38, 511-522.
- Jacobson, N. S., Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kapur, N., While, D., Blatchley, N., Bray, I., & Harrison, K. (2009). Suicide after leaving the UK armed forces – a cohort study. *Public Library of Science (Medicine)*, 6(3), repéré à <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000026>
- Keen, S. M., Kutter, C. J., Niles, B. L., & Krinsley, K. E. (2008). Psychometric properties of PTSD Checklist in sample of male veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45, 465-474.
- Kim, P. Y., Britt, T. W., Klocko, R. P., Riviere, L. A., & Adler, A. B. (2011). Stigma, negative attitudes about treatment, and utilization of mental health care among soldiers. *Military Psychology*, 23, 65–81. doi:10.1080/08995605.2011.534415
- Kim, P. Y., Thomas, J. L., Wilk, J. E., Castro, C. A., & Hoge, C. W. (2010). Stigma, barriers to care, and use of mental health services among active duty and national guard soldiers after combat. *Psychiatric Services*, 61(6), 582-588.
- King, L., King, D., Vogt, D., Knight, J., & Samper, R. (2006). Deployment risk and resilience inventory: A collection of measures for studying deployment-related experiences of military personnel and veterans. *Military Psychology*, 18, 89-120.

- Kracen, A. C., Mastnak, J. M., Loaiza, K. A., & Matthieu, M. M. (2013). Group therapy among OEF/OIF veterans: treatment barriers and preferences. *Military medicine*, 178(1), 146-149.
- Lambert, M. J., & Hill, C. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4e éd. pp. 72-113). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (1996). *Outcome Questionnaire (OQ-45,2)*. Stevenson, M.D: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Yancher, S. C., Vermeersch, D., & Clouse, G. C. (1996). The reliability and validity of a new psychotherapy outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Larson, G. E., Highfill-McRoy, R. M., & Booth-Kewley, S. (2008). Psychiatric diagnoses in historic and contemporary military cohorts: combat deployment and the healthy warrior effect. *American Journal of Epidemiology*, 167, 1269-1276.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Leslie, M., & Heber, A. (2013, novembre). *The Impact of Post-Diagnosis Group Psychoeducation on the Understanding of Symptoms of Operationally-Related PTSD, Depression and Anxiety in the Canadian Armed Forces*. Affiche présentée au 4e Forum annuel de Recherche sur la santé des militaires et des vétérans, Edmonton, Alberta.
- Lubin, H., Loris, M., Burt, J., & Johnson, D. R. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155(9): 1172-1177.
- Lukens, E., & McFarlane, W. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treat Crisis Interv*, 4, 205-225.

- McFarlane, A. (2016). Accountability for the Psychological Costs of Military Service: A Benchmark Set by the Canadian Armed Forces. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 75-95. doi:10.1177/0706743715625423
- Mental Health Advisory Team V (MHAT-V) (2008). *Operation Iraqi Freedom 06-08: Iraq Operation Enduring Freedom 8: Afghanistan*. Fort Sam – Houston, TX: Army Medical command. Repéré à <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a519692.pdf>
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York, NY: Pergamon Press.
- Ministère de la Défense nationale du Canada. (2010). *Résultats de Sondage santé et le style de vie du personnel des Force [sic] canadiennes 2008/2009, version de la Force Régulière*. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/dn-nd/D2-293-2010-fra.pdf
- Ministère de la Défense nationale du Canada. (2013). *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale. Groupe des services de santé des forces canadiennes. Une évolution de l'excellence*. Repéré à www.forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/strategie-med-gen-sante-mentale-tdm.page
- Ministère de la Défense nationale du Canada. (2014). *Statistiques sur les morts et blessés des Forces canadiennes en Afghanistan*. Repéré à <http://www.forces.gc.ca/fr/nouvelles/article.page?doc=statistiques-sur-les-morts-et-les-blesses-des-forces-canadiennes-afghanistan/hgq87xxk>
- Mission d'assistance des Nations unies en Afghanistan. (2015). *Afghanistan annual report 2014: Protection of civilians in armed conflict*. Repéré à <https://unama.unmissions.org/sites/default/files/2014-annual-report-on-protection-of-civilians-final.pdf>
- Monson, C. M., Gradus, J. L., Young-Xu, Y., Schnurr, P. P., Price, J. L., & Schumm, J. A. (2008). Change in posttraumatic stress disorder symptoms: Do clinicians and patients agree? *Psychological Assessment*, 20, 131-138. doi:10.1037/1040-3590.20.2.131
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.

- Mueller, R., Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (1998). Construct validity of the Outcome Questionnaire: A confirmatory factor analysis. *Journal of Personality Assessment*, 70, 248-262.
- Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes. (2012). *Ténacité dans l'adversité : évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*. Repéré à http://www.ombudsman.forces.gc.ca/assets/OMBUDSMAN_Internet/docs/fr/fuf-csf.pdf
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Parlement du Canada, Sous-comité des anciens combattants. (2015). *Rapport provisoire sur les blessures de stress opérationnel des anciens combattants du Canada, Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, Ottawa*. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/412/secd/rep/rep17jun15a-f.pdf>
- Paul, F., Pommier de Santi, V., Marimoutou, C., & Deparis, X. (2013). Validation de l'échelle PCLS et d'un auto-questionnaire court dans le cadre du dépistage des états de stress post-traumatiques chez les militaires de retour de mission. Dans *La psychiatrie en milieu militaire*. Paris : Elsevier Masson.
- Pearson, C., Zamorski, M., & Janz., T. (2014). « *Santé mentale dans les forces canadiennes* », *Coup d'œil sur la santé*. Novembre, n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2014001/article/14121-fra.htm>
- Phoenix, B. J. (2007). Psychoeducation for survivors of trauma. *Perspective in Psychiatric Care*, 43(3), 123-131.
- Pineles, S. L., Mostoufi, S. M., Ready, C. B., Street, A. E., Griffin, M. G., & Resick, P. A. (2011). Trauma Reactivity, Avoidant Coping, and PTSD Symptoms: A Moderating Relationship? *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 240-246. Repéré à <https://doi.org/10.1037/a0022123>

- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 443-452.
- Pluye, P. (2012). Les méthodes mixtes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 125-143). Montréal, Québec : Presse de l'Université de Montréal.
- Pluye, P., & Hong, Q.N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health*, 35, 29-45.
- Reger, G. M., & Moore, B. A. (2009). Challenges and threats of deployment. Dans Sharon M. Freeman, Brett A. Moore, & Arthur Freeman (Éds). *Living and surviving in harm's way: A psychological treatment handbook for pre- and post-deployment of military personnel* (pp. 51-65), New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hutter, C. K., & Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative victim study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavioral Therapy*, 19, 385-401.
- Rolland-Harris, E., Whitehead, J., Matheson, H., & Zamorski, M.A. (2015). *Rapport de 2015 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes (de 1995 à 2014)*. Ministère de la Défense nationale. Repéré à <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/rapport-mortalite-suicide-fac-2015.page>
- Rona, R. J., Jones, M., Iversen, A., Hull, L., Greenberg, N., Fear, N. T., Hotopf, M., & Wessely, S. (2009). The impact of posttraumatic stress disorder on impairment in the UK military at the time of the Iraq war. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 649-655. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.09.006>
- Rouget, B. W., & Aubry, J. M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 11-27.

- Ruzek, J. I. (2008). Wanted: A theory of post-trauma information delivery. *Psychiatry*, 71, 332-338.
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 460-467.
- Sareen, J., Afifi, T. O., Taillieu, T., Cheung, K., Turner, S., Bolton, S.-L., ... Zamorski, M. A. (2016). Trends in suicidal behaviour and use of mental health services in Canadian military and civilian populations. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 188(11), 261-267. Repéré à <http://doi.org/10.1503/cmaj.151047>
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Murray, B., Stein M. D., Belik, S.L., Meadows, G., & Asmundson, G. L. (2007). Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 843-852.
- Sareen, J., Houlahan, T., Cox, B. J., & Amundson, G. J. (2005). Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the national comorbidity survey. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193(7), 450-454.
- Sayer, N.A., Friedemann-Sanchez, G., Spoont, M., Murdoch, M., Parker, L.E., Chiro, C., & Rosenheck, R. (2009). A Qualitative Study of Determinants of PTSD Treatment Initiation in Veterans. *Psychiatry. Interpersonal and Biological Processes*, 72(3), 238-255. Repéré à <https://doi.org/10.1521/psyc.2009.72.3.238>
- Schnurr, P.P., Lunney, C.A., Bovin, M.J., & Marx, B.P. (2009). Posttraumatic stress disorder and quality of life: extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 727-735.
- Sherman, M. D., Perlick, D. A., & Straits-Troster, K. (2012). Adapting the multifamily group model for treating veterans with PTSD. *Psychological Services*, 9, 349-360. doi:10.1037/a0028963
- Shields, D. M., Kuhl, D., & Westwood, M. J. (2017). Abject masculinity and the military: Articulating a fulcrum of struggle and change. *Psychology of Men & Masculinity*, 18(3), 215-225. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1037/men0000114>

- Statistique Canada. (2011). *Canadian Forces Cancer and Mortality Study 2011*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-584-x/82-584-x2011001-eng.pdf>
- Stecker, T., Shiner, B., Watts, B. V., Jones, M., & Conner, K. R. (2013). Treatment-seeking barriers for veterans of the Iraq and Afghanistan conflicts who screen positive for PTSD. *Psychiatric Services*, 64, 280-283.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Tremblay, G., Roy, J., Guilmette, D., Sirois-Marcil, J., Beaudet, L., Bizot, D., Chamberland, L., ... Paré, L. (2016). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé et leur rapport aux services – Rapport final*. Québec : Masculinités et Société.
- U.S. Army. (2006). *Combat and operational stress control (Field Manual 4-02.51)*. Repéré à <https://fas.org/irp/doddir/army/fm4-02-51.pdf>
- Vogel, D. L., Wester, S.R., Wei, M., & Boyson, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 459-470.
- Wang, J.L. (2006). Perceived barriers to mental health service use among individuals with mental disorders in the Canadian general population. *Medical Care*, 44(2), 192-195.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, octobre). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Papier présenté à la rencontre du International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Échelle disponible à partir du National Center for PTSD au www.ptsd.va.gov.

- Wessely, S., Bryant, R. A., Earnshaw, M., Sharpley, J., & Hughes, J. H. (2008). Does psychoeducation help prevent post traumatic psychological distress? *Psychiatry*, *71*, 287-302.
- WRAIR Land Combat Study Team. (2006). *Battlemind Training*. Walter Reed Army Institute of Research. Washington, D.C.: WRAIR. Repéré à <http://www.armygl.army.mil/dcs/docs/Post-Deployment%20Battlemind%20training%20for%20Soldiers.pdf>
- Yeomans, P. D., Forman, E. M., Herbert, J. D., & Yuen, E. (2010). A randomized trial of a reconciliation workshop with and without PTSD psychoeducation in Burundian sample. *Journal of Traumatic Stress*, *23*, 305-312.
- Zamorski, M. A., Rolland-Harris E., Jetly, R., Whitehead, J., Thompson, J., & Pedlar, D. (2015). Letters to the Editor: Military Deployments, Posttraumatic Stress Disorder, and Suicide Risk in Canadian Armed Forces Personnel and Veterans. *Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(4), 200-202.
- Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with PTSD and histories of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 425-436.

Appendice A

Formulaire d'information et de consentement, version entretien



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

(Version entretien)

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Évaluation de l'implantation d'un traitement psychoéducatif pour les militaires souffrant de blessures de stress opérationnel.

Personnes responsables du projet

Ce projet est réalisé par Monsieur Pierre Roberge dans le cadre de ses études doctorales en psychologie au programme de doctorat cheminement pour psychologue en exercice à l'Université de Sherbrooke. Le projet est dirigé par Madame Maryse Benoît, Ph.D, professeure au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez rejoindre Monsieur Pierre Roberge au (xxx) xxx-xxxx poste xxxx ou Madame Benoît au (xxx) xxx-xxxx poste xxxx

Objectifs du projet

L'objectif de ce projet est d'évaluer l'effet du Groupe sur la blessure de stress opérationnel (GBSO) sur votre perception des manifestations de la blessure de stress opérationnel (BSO) et de l'impact de celles-ci sur votre fonctionnement. Un dernier objectif est d'obtenir de l'information sur ce qui a été pour vous le plus et le moins aidant à travers votre participation au GBSO et ce, afin d'améliorer ce programme.

Raison et nature de ma participation

En tant que participant au GBSO, il vous est proposé de participer à cette recherche. Il est entendu que votre participation à ce projet vous demandera de participer à un entretien d'environ une heure. Cet entretien aura lieu au bureau du psychologue chercheur qui se situe au Centre de santé Valcartier selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions

au sujet de votre participation au GBSO et de vos difficultés reliées aux BSO. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio et transcrite par écrit aux fins d'analyses.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche ne vous apportera aucun avantage direct. Elle permettra comme avantage indirect de pouvoir effectuer un retour sur votre participation au GBSO. Votre participation permettra à l'équipe des Services de santé mentale de Valcartier de mieux connaître l'efficacité du GBSO ainsi que de permettre son amélioration.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Vous aurez à donner de votre temps pour la durée de l'entretien qui aura lieu à un moment qui vous conviendra. Il se pourrait, lors de l'entretien, que le fait de parler de votre expérience vous amène à vivre des émotions difficiles. Vous pourrez utiliser les services de santé mentale de première ligne si vous en éprouvez le besoin suite à cet entretien. Vous pourrez aussi autoriser Monsieur Roberge à aviser les responsables du GBSO pour vous orienter vers les services adéquats.

Participation volontaire et droit de retrait sans préjudice

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui ☐ Non ☐

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 3 ans. Après cette période, les données seront détruites. Seuls le candidat au doctorat et sa superviseure auront accès aux données. La bande audio ne servira qu'aux seules fins du présent projet et elle sera détruite elle aussi d'ici 3 ans.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui pourrait permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche à la Faculté des Lettres et sciences humaines, en communiquant via son secrétariat au : (xxx) xxx-xxxx poste xxxxx, ou par courriel à: xxx@usherbrooke.ca.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de recherche, veuillez ajouter vos coordonnées à la dernière page de ce document.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 2011

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs et collaborateurs sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 2011.

Appendice B

Formulaire de consentement et d'information, version résultats aux questionnaires



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

(Version résultats aux questionnaires)

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Évaluation de l'implantation d'un traitement psychoéducatif pour les militaires souffrant de blessures de stress opérationnel.

Personnes responsables du projet

Ce projet est réalisé par Monsieur Pierre Roberge dans le cadre de ses études doctorales en psychologie au programme de doctorat cheminement pour psychologue en exercice à l'Université de Sherbrooke. Le projet est dirigé par Madame Maryse Benoît, Ph.D, professeure au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez rejoindre Monsieur Pierre Roberge au (xxx) xxx-xxxx poste xxxx ou Madame Benoît au (xxx) xxx-xxxx poste xxxxx

Objectifs du projet

L'objectif de ce projet est d'évaluer l'effet du Groupe sur la blessure de stress opérationnel (GBSO) sur les manifestations de blessure de stress opérationnel (BSO) ainsi que sur leur impact tel que mesuré à l'aide de questionnaire.

Raison et nature de ma participation

En tant que participant au GBSO, il vous est proposé de participer à cette recherche. Il est entendu que votre participation à ce projet demande que nous puissions utiliser les résultats aux questionnaires que vous avez complétés à la première et dernière session du GBSO, ainsi qu'aux informations démographiques et d'expérience de combat contenu dans le carnet vert du processus amélioré de dépistage post-déploiement.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche ne vous apportera aucun avantage direct. Votre participation permettra à l'équipe des Services de santé mentale de Valcartier de mieux connaître l'efficacité du GBSO et d'en connaître sa pertinence.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est de donner votre temps en remplissant les questionnaires.

Participation volontaire et droit de retrait sans préjudice

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 3 ans. Après cette période, les données seront détruites. Seuls le candidat au doctorat et sa superviseure auront accès aux données. La bande audio ne servira qu'aux seules fins du présent projet et elle sera détruite elle aussi d'ici 3 ans.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui permettrait de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences

humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche à la Faculté des Lettres et sciences humaines, en communiquant via son secrétariat au : (xxx) xxx-xxxx poste xxxx, ou par courriel à: xxx@usherbrooke.ca.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de recherche, veuillez ajouter vos coordonnées à la dernière page de ce document.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 2011

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs et collaborateurs sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 2011.

Appendice C

L'Outcome Questionnaire – (OQ-45.2)

Document retiré par respect des droits d'auteurs

Appendice D

La Posttraumatic Stress Disorder checklist version militaire (PCL-M)

Document retiré par respect des droits d'auteurs

Appendice E

Questionnaire d'entrevue semi-structurée

No participant _____ Date d'aujourd'hui _____ # Cohorte GBSO _____

ENTREVUE INDIVIDUELLE D'ÉVALUATION DU GBSO

Les questions suivantes portent sur les sessions du GBSO auxquelles vous avez participé. Elles visent à évaluer ce programme dans un but de mieux connaître son effet, sa pertinence et aussi son amélioration. Prenez votre temps pour répondre et soyez bien à l'aise de partager ce que vous voulez. Cette rencontre sera enregistrée afin de faciliter l'analyse de vos réponses. Soyez assuré de la confidentialité.

A) Cheminement vers le GBSO

1. Quand vous avez décidé de consulter, quelles étaient vos préoccupations concernant votre état de santé psychologique?
2. Quelles ont été les manifestations les plus inconfortables et quels effets ont-elles eues sur vous, votre famille, votre travail?
3. Qu'est-ce qui vous a motivé à consulter?
4. Quelles étaient vos attentes?
5. Avez-vous eu des difficultés à amorcer votre démarche de consultation et de participation au GBSO?

B) Le GBSO a-t-il été aidant?

1. Suite ou durant votre participation au GBSO, avez-vous vu des changements au niveau des manifestations de la BSO qui vous avaient amené à y participer?
 - 1.1 Sont-elles moins fréquentes?
 - 1.2 Sont-elles moins intenses?
 - 1.3 Ont-elles moins d'impact?
2. Est-ce que votre façon de percevoir vos difficultés ou celles de vos collègues a changé?
3. Qu'est-ce que vous avez appris sur vous-même suite à votre participation au GBSO?

C) Perception face au contenu

1. Comment avez-vous trouvé le contenu des sessions? Au niveau de la pertinence, au niveau de la clarté et de la présentation?
2. Est-ce qu'il y a des sujets qui vous ont rejoint, si oui, lesquels?
3. Est-ce qu'il y a des sujets dont vous auriez aimé qu'ils soient abordés davantage ou encore qui n'ont pas été abordés et qui devraient l'être?
4. Dans ce qui a été abordé dans le GBSO, y avait-il des choses que vous connaissiez avant?

D) Satisfaction

1. De manière globale, quel est votre niveau de satisfaction face au GBSO? Quels en étaient les points forts et les points faibles, selon vous?
2. Avez-vous éprouvé des difficultés lors du GBSO?
2. Le GBSO a-t-il répondu aux attentes et aux besoins que vous aviez?
3. Est-ce que vous auriez des recommandations à faire en regard de votre expérience dans le GBSO?

Appendice F

Arbre thématique

Arbre thématique

A. Manifestations de la blessure de stress opérationnel (BSO) chez les participants

1. Présence de symptômes liés à la BSO
 - 1.1 Idéation suicidaire
 - 1.2 Symptômes dépressifs
 - 1.3 Symptômes anxieux
 - 1.4 Symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT)
2. Stratégies de gestion personnelles et spontanées de la BSO
 - 2.1 Consommation abusive d'alcool ou de substances
 - 2.2 Évitement ou isolement
 - 2.3 Surinvestissement dans les activités physiques ou le travail
 - 2.4 Demande de mutation
3. Répercussions des manifestations de la BSO
 - 3.1 Répercussions sur le fonctionnement ou l'adaptabilité aux différents milieux
 - 3.2 Répercussions sur la qualité de vie
 - 3.3 Répercussions sur la santé ou la sécurité pour soi et pour les autres
 - 3.4 Répercussions sur les relations interpersonnelles

B. Facteurs nuisibles à l'intervention sur le problème par la consultation en santé mentale

1. Non-reconnaissance ou minimisation du problème
 - 1.1 Orgueil
 - 1.2 Valorisation de la surtolérance à l'inconfort physique et psychologique
2. Honte et jugement envers soi-même et les autres en lien avec les a priori présents dans le milieu militaire
3. Inconfort relativement au contact avec ses émotions et au dévoilement de soi
4. Tolérance du milieu face à la colère
5. Non-priorisation des soins ou indisponibilité aux soins en raison des exigences du travail
6. Crainte des répercussions sur la carrière
7. Méconnaissance des traitements en santé mentale

C. Facteurs impliqués dans la motivation à consulter

1. Observations et recommandations venant d'autrui
2. Sentiment de perte de contrôle et souci des répercussions de la condition
3. Constat que la consultation est la seule option

D. Expérience vécue durant la participation au GBSO

1. Expérience vécue sur le plan cognitif
 - 1.1 Identification et prise de conscience de ses symptômes de BSO et de leurs répercussions

- 1.1.1 Reconnaissance de la présence d'une BSO chez soi
- 1.1.2 Mise en mots et compréhension de ce qui est vécu
- 1.1.3 Constat du besoin de traitement
- 1.2 Modification de la perception sur la BSO
- 1.3 Diminution des préjugés envers soi-même ou les autres
- 1.4 Meilleure connaissance de ce sur quoi le participant doit intervenir
- 1.5 Apprentissage de techniques de gestion des symptômes
- 1.6 Meilleure connaissance des services et soins en santé mentale
- 2. Expérience vécue sur le plan émotionnel
 - 2.1 Culpabilité ou regret
 - 2.2 Émotions inconfortables
 - 2.2.1 Émotions suscitées par le fait de se reconnaître dans la description de la BSO
 - 2.2.2 Émotions suscitées par la réactivation d'émotions et de souvenirs et le contact avec ceux-ci
 - 2.2.3 Émotions suscitées par l'exposition et le dévoilement de soi en groupe
 - 2.2.4 Incertitude ou inquiétude quant à sa condition
 - 2.3 Diminution du malaise et réconfort
 - 2.3.1 Habituation au regard des autres
 - 2.3.2 Espoir et *empowerment*
 - 2.3.3 Normalisation ou diminution du jugement envers soi-même
 - (a) Présence de pairs comparables dans le groupe (ne sont pas seuls)
 - (b) Comparaison avec des pairs qui ont des manifestations plus graves ou différentes
 - (c) Meilleure compréhension de ce qui est vécu
 - 2.4 Colère ou irritation

E. État après la participation au GBSO

- 1. Persistance des symptômes
- 2. Atténuation des symptômes
- 3. Perception d'augmentation des symptômes
 - 3.1 Plus grande exposition aux situations anxiogènes
 - 3.2 Réalisation de la présence des symptômes
- 4. Persistance de l'appréhension
- 5. Persistance de la fragilité émotionnelle
- 6. Poursuite de l'utilisation des stratégies de gestion des symptômes
- 7. Motivation à poursuivre les soins offerts
- 8. Capacité à communiquer avec autrui ses observations sur sa condition
- 9. Cheminement dans l'acceptation de sa condition

F. Appréciation du GBSO par les participants

1. Caractéristiques des intervenants et de leurs interventions
 - 1.1 Crédibilité des intervenants
 - 1.2 Animation favorable à l'attention et au confort des participants
2. Contenu et présentation générale et non spécifique à une seule personne
3. Liberté de participation active ou non et respect de l'intimité
4. Comparaison avec d'autres formations en santé mentale offertes dans les Forces armées canadiennes

G. Recommandations des participants en ce qui a trait aux difficultés ou aux insatisfactions vécues dans le GBSO

1. Être stable émotionnellement avant de participer au GBSO
2. Informer les participants de se présenter en tenue civile
3. Donner des références dans le cahier du participant
4. Essayer les techniques de respiration durant les séances
5. Augmenter le nombre de séances et diminuer la durée de chacune
6. Formaliser l'engagement et la disponibilité à participer au GBSO